ADICCIONES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN

Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento

ADICCIONES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN

Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento

Coordinadores:

Juan del Pozo Irribarría
Laura Pérez Gómez
Miguel Ferreras Oleffe





2009

Primera edición: febrero, 2009

Consejería de Salud
Dirección General de Salud Pública y Consumo
Servicio de Drogodependencias

Impresión: Quintana, Industrias Gráficas
Avda. de Burgos, 5
26006 Logroño, La Rioja

ISBN: 978-84-8125-321-4

Depósito Legal: LR-30-2009

Impreso en España - Printed in Spain

AUTORES

ARMAYONES RUIZ, MANUEL. Psicólogo. Grupo de Investigación PSINET.
Internet Interdisciplinary Institute.
Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Barcelona

AZKARRETAZÁBAL MENDIGUREN, MARTA. Psicóloga y Técnica de Drogodependencias.
Ayuntamiento de Portugalete

BAENA GARCÍA, ANTONI. Psicólogo. Unidad de Tabaquismo.
Hospital de Bellvitge (Barcelona)

BAÑOS RIVERA, ROSA. Catedrática de Universidad. Universidad de Valencia.
CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBU)

BOTELLA ARBONA, CRISTINA. Catedrática de Universidad.
Universitat Jaume I. Castellón. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBU)

CARABANTES ALARCÓN, DAVID. Profesor del Instituto Universitario de Drogodependencias. Universidad Complutense de Madrid

CUESTA CAMBRA, UBALDO. Director del Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II. Universidad Complutense de Madrid

DEL POZO IRRIBARRÍA, JUAN. Psicólogo. Servicio de Drogodependencias.
Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja.

DUBOIS, QUENTIN. Psicólogo. Escuela de padres y educadores «Ile de France». París

FUNES ARTIAGA, JAUME. Psicólogo, educador y periodista

GABELAS BARROSO, JOSÉ ANTONIO. Profesor de Ciencias de la Información y Comunicación.
Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Barcelona

García Del Castillo Rodríguez, José Antonio. Director del Instituto de Investigación en Drogodependencias (INID).
Universidad Miguel Hernández. Alicante

García Gutiérrez, José Francisco. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

García-Palacios, Azucena. Profesora Titular de Universidad.
Universitat Jaume I. Castellón. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBU)

Jaén Casquero, María Belén. Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud.
Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Jiménez Pernett, Jaime. Técnico. Grupo de investigación «Internet y Salud».
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

López Doblas, Manuela. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Lupiáñez Villanueva, Francisco. Profesor de Ciencias de la Información y Comunicación. Investigador del Internet Interdisciplinary Institute (IN3).
Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Barcelona

Luque Martín, Nuria. Técnica consultora.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

March Cerdá, Joan Carles. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Martín Barato, Amelia. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Mayer Pujadas, Miquel Ángel. Director de Web Médica Acreditada (WMA).
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Menéndez Hevia, Tania. Profesora Facultad Ciencias de la Información.
Universidad Complutense de Madrid

Olry De Labry Lima, Antonio. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Osuna Expósito, José. Director gerente. Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD). Valencia

Primo Peña, Elena. Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud.
Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Quero Castellano, Soledad. Profesora Titular de Universidad. Universitat Jaume I. Castellón. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBU)

Salcedo Sánchez, María del Carmen. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén)

Segura Díez, María del Carmen. Psicóloga. Instituto de Investigación de Drogodependencias. Universidad Miguel Hernández. Alicante

Serrano Zárate, Berenice. Universitat Jaume I. Castellón

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

Es para mi una satisfacción poder presentar este libro por varias razones. La primera es que se trata del uno de los asuntos de salud pública que más nos viene preocupando últimamente, como es la utilización de las drogas por parte de la población, en los jóvenes especialmente, pero también en todas etapas de la vida. La prevención de las drogodependencias es para nosotros un objetivo fundamental dentro del Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones, y nuestra apuesta mas firme de futuro.

La segunda razón es que tenemos un especial interés en acercar a los profesionales de la salud, y de las adicciones en particular, la información más relevante para poder desarrollar su actividad preventiva y de tratamiento de las adicciones. En este sentido este volumen cumple a la perfección con su cometido. Máxime cuando se trata de un libro que abre mucho la mente del lector a utilizar nuevos canales y modos de trabajo, mediante la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la prevención y tratamiento de las adicciones.

Por último, nos llena de satisfacción ser punta de lanza en la innovación sobre la utilización de internet y telefonía móvil para la información sobre las drogas y sus peligros y la prevención. Por esto, queremos que se conozca lo que hacemos, y poner a disposición de los ciudadanos, los jóvenes en particular, y las entidades públicas y privadas nuestros proyectos y forma de trabajo, con el fin de que sea un beneficio para todos.

La utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información (internet y telefonía móvil) para la información y la prevención de la drogodependencias, es un campo novedoso. Desde hace ya unos años, la comunicación entre los jóvenes viene marcada por la utilización de tecnologías de la información y comunicación. Estos sistemas de comunicación, han tendido una rápida expansión en estos años, hasta en punto que, sin sustituir a la comunicación tradicional, el teléfono móvil y la utilización de páginas Web que crean comunidades virtuales, han adquirido una importancia central en el establecimiento de redes de comunicación que comparten gran cantidad de información y, lo que es más importante, crean nuevas actitudes y creencias compartidas.

Hasta este momento no era posible informar sobre las drogas de modo personalizado, de modo cercano a los lugares y momentos en que se producen los consumos y con la posibilidad de interactuar inmediatamente con el emisor de la información. Pues bien, todo esto es posible a través de estos nuevos sistemas de comunicación. La cuestión radica entonces en que no podemos desaprovechar las posibilidades que nos brindan esto nuevos modos de comunicación adolescente y juvenil. No sólo eso, si no que creemos que en el futuro no será posible realizar una adecuada información y prevención de la adicciones si no se utilizan estos canales de comunicación, por parte de las administraciones públicas y otras entidades.

Esta publicación recoge las ponencias presentadas en el Seminario Internacional "Aplicación de las nuevas tecnologías a la prevención y asistencia en adicciones", que se desarrolló en el mes de junio de 2008 en Logroño, dentro del marco del proyecto europeo DROJNET.

El proyecto DROJNET utiliza las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, principalmente los mensajes a teléfonos móviles y una página Web, como medio de hacer prevención del consumo de drogas en adolescentes. Es un proyecto pionero en este campo e incluye una investigación sobre sus efectos.

Esperamos que sea de su interés el libro, y nos gustaría que fuera estímulo para desarrollar nuevos proyectos en este campo, del cual realmente sabemos muy poco a cerca de las potencialidades que tiene para la información sobre la salud pública y la drogas en particular, lo que ahora nos ocupa.

JOSÉ MIGUEL ACÍTORES AUGUSTO
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

1. JÓVENES, PREVENCIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

PANTALLAS Y JÓVENES EN EL ÁGORA DEL NUEVO MILENIO

José Antonio Gabelas Barroso

Resumen

Jóvenes y pantallas (televisión, Internet, videoconsolas, dispositivos móviles) mantienen una intensa y estrecha convivencia. Mientras los padres, profesores –y muchos estudiosos– piensan que las relaciones que los jóvenes experimentan alrededor de las pantallas son básicamente negativas, los propios jóvenes opinan lo contrario. La fenomenología de las pantallas ha colaborado en la construcción de unos escenarios de relación y convivencia, produciendo un nuevo tiempo de ocio, basado en el entorno tecnológico, que acaricia las fronteras de lo presencial y lo virtual. El modo de conocer, pensar, sentir y relacionarse de los jóvenes, cuestiona la función social y educativa de los agentes sociosanitarios y educativos. Entendemos que es urgente la creación de proyectos de alfabetización audiovisual y multimedia que cuenten con los propios menores. Estos escenarios de crecimiento, no están exentos de conflictos, entendidos como oportunidad para crecer. Esta ponencia arranca de un breve diagnóstico de la situación, proponiendo unas estrategias de intervención.

Palabras clave: Sociología del ocio, consumo multipantallas, alfabetización audiovisual y multimedia, virtualidad.

Pantallas y jóvenes, no son lo que parecen

Las pantallas no tienen buena prensa. Con el nacimiento del cine en 1895, se proyecta uno de los primeros documentales, «Llegada del tren» de los hermanos Lumiěre, que sólo duró cuarenta y nueve segundos, pero suficiente para que los espectadores sentados en la pequeña sala de exhibición se asustaran porque pensaron que el tren les podría arrollar. Cuando apareció la televisión una romería de psicólogos primero, de psiquiatras despuěs, hicieron cientos de estudios sobre sus efectos (casi siempre perversos); llegaron los videojuegos, considerados un escenario para adictos y desadaptados; y ahora con Internet, los titulares de prensa subrayan cómo los jóvenes graban palizas con sus móviles y luego las cuelgan en la Red. Pero si las pantallas tienen mala prensa, los jóvenes tampoco disfrutan de una buena imagen. Piensen: ¿cuándo y cómo se presentan a los jóvenes en los informativos? Aparecen poco, y casi siempre asociados a la violencia callejera, el botellón, la droga y la delincuencia.

Los jóvenes como amenaza no es la única construcción, también se presentan como amenazados, como víctimas y vulnerables –que lo son–, carne de cañón para los excesos de la tecnología (Internet y videojuegos) o la violencia en las calles. Amenaza o amenazados, los jóvenes padecen estas representaciones que marcan la «agenda setting» de la información, principalmente en la televisión.

Junto a esta crónica negra, existe el discurso rosa, la publicidad sirve en bandeja dorada el joven como cuerpo 10, porque lo joven vende, dado que existen muchos intereses económicos; sin embargo, los intereses de los jóvenes no interesan ni a los publicistas, ni a los medios de comunicación, ni a los accionistas de estos medios. El mercado investiga y ha comprobado que uno de los aspectos que preocupan y mucho a los jóvenes es la popularidad. QUART (2004:87) señala que «en EE UU se están realizando fiestas de cumpleaños en las que los padres se gastan con sus hijos de 14, 15, 16 años, el equivalente a 50.000 dólares; es decir, lo que a ellos les podría suponer arreglarse los dos baños o una cocina, lo dedican a pagarle una fiesta al niño para que su hijo tenga un día de gloria». Estamos hablando de familias de clase media.

La popularidad permite al adolescente estar integrado. Les preocupa sentirse marginados del propio grupo de pares, resulta difícil ir solo por la vida, el que se diferencia de los demás es marcado. Con la popularidad, la integración está garantizada, los publicistas lo saben. Un publicista dijo que «el chaval se da perfecta cuenta en el colegio de qué compañero lleva las zapatillas equivocadas». La moda impone un estilo y una estética, la marca hace popular entre el grupo de iguales. En EEUU, las grandes marcas comerciales, ya están contratando a los llamados «marketers», jóvenes comerciales y asesores, que se dedican a ir por las tiendas, por las calles y observar lo que hacen los demás jóvenes. Hablan con ellos y recogen datos, los invitan a unas reuniones para extraer información: ¿dónde compras esos pantalones?, ¿por qué te los has comprado?, ¿por qué te han gustado?, ¿por qué no? Estos datos llegan directamente a los diseñadores que elaboran el siguiente producto.

Otro de los discursos que embalan el constructo juvenil es la generación «net», también llamada «on-off». Una generación que ha nacido entre los videojuegos, dispositivos móviles e Internet, preparada de modo natural para mover el ratón y navegar en la Red. Una infinidad de campañas publicitarias de ipod, portátiles, telefonía móvil, ofrecen «lo joven» como garantía de éxito, vinculado a lo último en tecnología.

¿Qué existe detrás de estos tres discursos, los jóvenes como amenaza, como víctimas o como seres superdotados para el manejo tecnológico? Observamos un doble paternalismo. Paternalismo moral porque en la medida que los jóvenes sean débiles, vulnerables y estén amenazados por todos los peligros sociales y tecnológicos, será necesario el padre adulto que lo proteja. En el caso de que sean una amenaza, también el adulto se ocupará de poner orden y velar por su seguridad. El otro paternalismo es el mercado. A la empresa le interesa mucho que los jóvenes sean la generación

NET, que todos piensen que están preparados de una forma natural para desenvolverse por la virtualidad y las nuevas tecnologías. Con este criterio como tendencia se venderán ordenadores, móviles, videoconsolas. El padre moral y el padre mercado garantizan el sistema, aseguran el control y sistematizan el poder.

¿Qué consecuencias culturales y sociales tienen estos discursos reduccionistas?

- En primer lugar, algunos jóvenes llegan a interiorizar este discurso. Si tú le dices a un niño que es un vago, que es un inútil, al final el niño pensará que es un vago y un inútil, ¿para qué va a ser lo contrario, si todos lo piensan? Siempre le resultará más cómodo y gratificante responder a las expectativas que tienen sobre él los que le rodean y protegen, algo parecido ocurre con los jóvenes que oyen repetidamente estos mensajes.

- En segundo lugar, es un discurso que hace de pantalla, que proyecta unas distorsiones, y oculta otras realidades que sí reflejan y preocupan a los jóvenes, como es el derecho a una vivienda digna, sus relaciones afectivas, o el acceso a un trabajo no precario. Discurso que hace de cortina de humo que reduce la visión a sólo algunos detalles, generalmente episódicos y superficiales, y al mismo tiempo narcotizan; es el moderno «pan y circo», que utilizaban los romanos para distraer a los no ciudadanos de sus miserias diarias. McLuhan decía: «el medio es el mensaje» y luego añadió que «el medio es el masaje» porque existe una agenda *setting*, una agenda de contenidos, que establece con normalidad la televisión, porque es el medio que tiene más difusión y penetración social con un 99’5% de presencia en todos los hogares de España. Establece unos contenidos que se reproducen en otras ventanas: Internet, prensa, radio. Desde la televisión se imponen unos cánones, unos comportamientos éticos y estéticos. De modo que estamos ante unas representaciones en las cuales el poder, ejerce un control social.

- En tercer lugar, es un discurso cínico, porque se califica a los jóvenes como hedonistas, que sólo piensan en gastar y divertirse; sin embargo se les inculca el consumismo. Les ofrecen grandes centros comerciales, les diseñan sin ninguna otra alternativa, grandes campañas publicitarias, para luego señalarles con el dedo increpándoles «sois unos consumidores y unos vividores».

Se subraya que los niños y los jóvenes son solamente pre-adultos, olvidando que tienen el derecho y deben tener la oportunidad de crecer, así como de equivocarse. Crecer no es cómodo para nadie, no lo es para los padres que tenemos hijos adolescentes y lo es menos para el propio adolescente. Una educación para la autonomía, permitirá que los menores afronten sus conflictos, desarrollen su asertividad, siempre y cuando hayan tenido la ocasión de decidir, de elegir entre lo que les conviene y no, así como de equivocarse.

Miradas fascinadas, conflictos abiertos

Las pantallas ejercen sobre la mirada de los espectadores en general, y de los jóvenes en particular, una intensa y permanente atracción. El estímulo audiovisual y además narrativo satisface diferentes gratificaciones[1]:

- Sensoriales: porque el estímulo audiovisual es concreto, dinámico; a diferencia del textual que es abstracto.
- Narrativas: todos los pueblos y relatos necesitaron sus narraciones. El relato audiovisual permite en sus planos, ritmos, montajes, sonidos, angulaciones, colores, contar una historia de un modo atractivo y seductor.
- Emotivas: el espectador se implica en la identificación y proyección de los personajes, en sus estereotipos, en sus situaciones. Estos mecanismos son una catarsis para el espectador, en cuanto que purga y purifica a través del itinerario de la intriga, del suspense, sus angustias y desvelos. El final feliz, o el triunfo del orden y la armonía supone la liberación, y el control del caos.
- Estéticas: en el ejercicio de ver se contempla la composición, el colorido, la puesta en escena, la banda sonora, que producen un disfrute del gusto.

A la fascinación de lo audiovisual, añadamos lo multimedia, que permite que el joven usuario (internauta o jugador) disponga de una interface que le permita «entrar» en el programa o en el juego, desarrollando no sólo unas competencias sociales y lúdicas, también cognitivas y emotivas.

Estas miradas fascinadas son miradas en conflicto. Es cierto que el joven es vulnerable, que experimenta procesos de adaptación y desadaptación, que experimenta la presión del entorno. No entendemos el conflicto como algo necesariamente negativo, sino necesario, como una oportunidad para crecer. El adolescente vive dentro del conflicto. En la tendencia contradictoria entre el interior, que les pide salir, explorar, descubrir su identidad; probar, acariciar los riesgos; y el exterior, que establece límites, normas y obligaciones. En una molesta y complicada crisis de identidad, ejercitan la lucha diaria consigo mismos, con los demás y con el entorno, buscando descubrir y apropiarse de su personalidad. Ciertamente, la presencia de un adolescente en casa o en la escuela es muchas veces complicada, pero no se puede olvidar que ellos están creciendo con dificultades y contradicciones.

Crecen en la paradoja del aislamiento y alejamiento de la familia, y la aproximación y búsqueda de compañía en el grupo. Este encuentro con el «exterior» les enseñará algunas normas y pautas sociales. Al joven le interesa, sobre todo, ser «alguien en el grupo», por su afán de integración y pertenencia.

1. Conferencia pronunciada por Joan Ferrés, en el curso del ciclo ¿Qué pasa con la tele?, 5 de abril 2001, organizado por RTVA en Zaragoza.

La relación entre pantallas y jóvenes genera dos sugerentes iconos: el espejo y el móvil. El primero representa la cálida historia narcisista que envuelve el día a día de un adolescente, ¿se imaginan su casa sin espejos? Se trata de un ritual en el que todo pretexto es válido para mirarse en un espejo, «cuanto más me veo más segura me siento» –dice una adolescente–. Buscan el reflejo de su imagen en los escaparates, ventanillas de los autos, ascensores. El narcisismo es un signo de los jóvenes de hoy La televisión prolonga este ritual con sus mensajes publicitarios, en los que devuelve a los jóvenes el reflejo de un cuerpo perfecto, y por tal, imposible. Ellos perciben la necesidad de ser mostrados en público y exhibir su imagen, sintiéndose populares y admirados.

«Mira mi mundo. Mírame», es una de las invitaciones que hace un adolescente a través de su fotolog. YouTube, MySpace, Facebook son un escaparate global de testimonios donde los jóvenes exhiben sus cuerpos y sus sueños. El nuevo milenio expande el individualismo, las nuevas generaciones son sensibles a la erótica de la pantalla global, las relaciones en la Red son instantáneas, rápidas, intensas y hedonistas. El psiquiatra Juan Manuel Bulacio, presidente de la Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAP), señala que se trata de un «amor de cada uno consigo mismo. El proceso de individualización que es propio de la modernidad se ve acrecentado hoy como marca de época. Vemos una adolescencia extendida que va desde los 13 hasta más allá de los 30 años[2]».

Los dispositivos móviles, ofrecen al joven el don de la ubicuidad, de poder estar con todos en cualquier momento y situación. «Heavy Users», así ha bautizado el marketing a los jóvenes entre 14 y 18 años: «usuarios intensivos». Para el Director Nacional de OCU (Organización de Consumidores y Usuarios), José María Mújica, esta denominación ya supone un reclamo para atraer a estos jóvenes. «Es un término atractivo –explica–, y dentro de nada veremos cómo aparecen los móviles de los *heavy users* y observaremos todo un marketing en torno a esta denominación. Las campañas de publicidad van dirigidas fundamentalmente a la gente joven. Es un mercado muy interesante porque van a realizar un acto de consumo aunque el potencial económico que tienen no es muy grande. La mayoría de las veces, sin ser luego los responsables económicos de muchos de ellos. Por esta razón creemos que habría que dedicar especial atención a todas estas campañas que incitan a los jóvenes al consumo, porque un joven consumidor impulsivo será un adulto consumidor impulsivo. Y aquí existe un vacío legal[3]».

El teléfono celular concede al joven una sensación de libertad, independencia y seguridad. Se puede usar en cualquier momento, desde cualquier lugar. El teléfono fijo no poseía estas cualidades, sujeto a un lugar concreto y un lenguaje oral. Con los móviles, aparece otro modo de comunicación, no sólo verbal, también escrita y audiovisual.

2. http://www.laflecha.net/articulos/curiosidades/egosurfing/ 25 de mayo 2008.

3. http://www.revistafusion.com/2001/septiembre/temac96.htm Texto de Mariló Hidalgo. 25 mayo 2008

El contenido informativo no es lo importante, sino su función social. Los SMS facilitan una comunicación rápida y económica, les permite diferenciarse de los circuitos adultos de la comunicación, con un lenguaje propio y dinámico: lo que interesa es que te entiendan. El uso del móvil permite estar conectado, si el dispositivo es última generación significa que estás a la moda. Es un elemento de distinción social entre el grupo de iguales. Equivale a tener amigos y contactos sociales. Se trata de un juguete social, con unas funciones relacionales y lúdicas que conceden sentido a su posesión y su uso.

Los adolescentes son una generación diversa e individualista, consumista y selectiva. La intimidad de su territorio se deja seducir por escasos motivos, pero los productos tecnológicos han encontrado un importante nicho. Los adultos son analfabetos tecnológicos en comparación con las destrezas que desarrollan los jóvenes. Por primera vez en la historia, los hijos pueden enseñar a sus padres: los padres y madres se sienten inseguros ante las nuevas tecnologías[4], lo que les provoca desconfianza, no saben cómo intervenir, ni tampoco conocen la influencia que el consumo de pantallas produce en sus hijos. También les provoca rechazo, porque desde el desconocimiento y el dramatismo, satanizan los contenidos y consumos audiovisuales. Esta inseguridad y desconocimiento entorpecen de modo notable su mediación positiva en el intercambio de opiniones, comentarios y pautas de conducta.

El nuevo ágora: escenarios ubicuos en el marco de la dimensión lúdica: el placer del espectador y del jugador[5]

La sociología coincide en que existen grandes diferencias entre la juventud de antes y la de ahora, siendo el ámbito del tiempo libre uno de los principales escenarios relacionales, de crecimiento y de cambio. Esta vivencia del tiempo libre ha experimentado una convulsa transformación, debido entre otros factores, a la enorme penetración social de la televisión y la irrupción de la fenomenología de las pantallas. Varios estudios confirman que el consumo y la interacción que los jóvenes desarrollan alrededor de las pantallas (televisión, videojuegos, Internet, móviles) son un factor socializador de primer orden[6]. Se concluye que el uso de estos medios de comuni-

4. Gabelas JA y Marta C (2008):» Consumos y mediaciones de familias y pantallas. Nuevos modelos y propuestas de convivencia» Investigación promovida por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón. Presentada en las V Jornadas de Pantallas Sanas, 2–3 febrero 2008

5. Adaptación del artículo escrito por Gabelas, J. A. (2007) «Crecer entre pantallas» dentro del Seminario Pantallas Sanas, organizado por el Gobierno de Aragón, publicado como Seminario Pantallas Sanas. TIC. Salud y vida cotidiana. Zaragoza. pgs 68–71

6. Se pueden consultar dos estudios dispares en la geografía (España y Argentina) pero coincidentes en muchas de sus conclusiones. Uno de ellos el realizado por un equipo de investigadores de la UOC (Universitat Oberta de Catalunya): Adriana Gil, Joel Feliu, Isabel Rivero y Eva Patricia Gil, «¿Nuevas tecnologías de la información y la comunicación o nuevas tecnologías de relación? Niños, jóvenes y cultura digital». Y el segundo, «¿Qué televisión quieren los niños?», investigación comparativa internacional de Tatiana Merlo Flores de la Universidad Católica de Argentina, expuesto en Luces y laberinto audiovisual. Primer Congreso Iberoamericano de Comunicación y Educación celebrado en Huelva en octubre de 2003.

cación se convierte en una praxis relacional, que proyecta un significativo ámbito de socialización y conocimiento. Los rincones de ver, y sobre todo de jugar, son el escenario para intercambiar un truco, advertir del último efecto de un juego, ahorrar esfuerzo y tiempo en bajarse una película o canción. Naval, Sábada, Bringué, (2003) concluyen que un 73,9% de los jóvenes de Barcelona entre 15 y 19 años son usuarios de Internet y se conectan aproximadamente unos cinco días a la semana, pasan en total unas 7 horas de media conectados semanalmente, y dedican sus horas de navegación principalmente a utilizar los servicios mensajería instantánea MSN y Chat con un 82%, jugar on-line 62% y utilizar el correo electrónico el 55%. En cualquier caso quien realmente decide, en gran medida, la influencia positiva o negativa del medio y/o pantalla es el propio usuario y su relación con el entorno. Por su parte, Berríos y Buxarrais (2005) mantienen que la adolescencia dispone de una estrecha relación con las tecnologías de la información y la comunicación, pues son un potente medio que les facilita el acceso a la información, comunicación, así como a diversas habilidades para acercarse al conocimiento. Podemos decir que los adolescentes, con sus prácticas alrededor de las tecnologías de la información y comunicación colaboran en la construcción de una cultura digital, que se caracteriza por la virtualidad en todas sus dimensiones y ámbitos, principalmente en el tiempo de ocio.

Los jóvenes se socializan alrededor de las pantallas, pobladas de representaciones en un presente continuo, hiperpresente, en un ahora, rápido e inmediato. El internauta que percibe que la página tarda en descargarse más de cinco segundos, busca otro sitio. En el Messenger se puede atender a varias conversaciones a la vez, cuatro, cinco, seis, abriendo la que más interesa, obteniendo una conversación permanentemente excitante porque antes de que empiece el aburrimiento se produce el desplazamiento de una conversación a otra.

El placer y el juego han sido siempre aspectos sustanciales en las relaciones. También lo son en la convivencia con las pantallas, especialmente entre los menores. La educación se ha quedado atascada en planes rígidos de formación, con normativas estrictas que rechazan lo irracional, informal y lúdico. El análisis crítico que es necesario y que ha presidido los programas de formación y educación en medios en estas dos últimas décadas, precisa incorporar la producción. Los jóvenes necesitan «escribir» con los medios, realizar sus propias simulaciones, grabaciones, ediciones. Sólo hace falta una cámara digital, un ordenador y una conexión a Internet. Esta producción facilita un espacio especial para explorar los placeres, las gratificaciones, un componente emocional de primer orden para garantizar cualquier proyecto. Si la gratificación es inmediata o a corto plazo, mejor todavía, porque la siguiente iniciativa se asumirá con una mayor motivación[7]. Con frecuencia, los

7. Un 21 de diciembre de 2004, la misma tarde en que veinticinco adolescentes, después de una tarde para hacer el guión y grabar, vimos el corto, la satisfacción fue mayúscula, porque todos habían participado, nadie les había obligado, y pudieron disfrutar de lo hecho de modo inmediato. Iniciativa que volvimos a realizar en marzo de 2008 con un grupo de tercero de ESO.

educadores nos empeñamos en proyectos a largo plazo, en últimas metas que conducen al desánimo, a que muchos queden en la cuneta del camino.

Sabemos que los jóvenes viven una dualidad de tiempos y espacios. El «oficial», de lunes a jueves, en el centro educativo, básicamente; y el «fin de semana» en la calle. El tiempo de ocio es el «que cuenta», el que llenan de vivencias, relaciones significativas. El lunes marca el tiempo de la obligación, las normas, la responsabilidad. Con el viernes comienza todo lo contrario, es la fiesta, la diversión, la noche y las no-normas. Es el momento de aprovechar hasta el último segundo, vivencia plena del presente, hiperpresente.

Un videojuego para el niño y el joven es un desafío, un modo de superación. El juego es una provocación para buscar la solución más inteligente, rápida y eficaz de superar la pantalla para ir a la siguiente y poder seguir avanzando. Comentan con los demás sus dificultades y hallazgos, ejercitando un consumo socializante y también colaborativo.

Los adolescentes son espectadores y jugadores. Con una experiencia social básica, caracterizada por la multiplicidad de conexiones con el entramado de la información. Una generación que puede simultanear dos, tres vías de información, con varios estímulos cada una de ellas, una sobresaturación que también produce colapsos. Nacieron con la tele en color, acunados en el lecho tecnológico, ignoran los grandes relatos y culebrean en el zapping al ritmo del cambio de plano. Experimentan y sienten a velocidades de vértigo. La estimulación fragmentaria impresiona y agarra la atención, pero sólo por un instante. ¿Qué miran los jóvenes? Y sobre todo, ¿cómo miran?, ¿qué significados se producen en esas miradas? Las pantallas se diversifican, se individualizan (primero fue el cuarto de estar, luego convertido en cuarto de ver, hoy son los cuartos de ver). La casa se ha convertido en un montón de rincones, con muchas pantallas, donde sus inquilinos miran. ¿Más aislados?, pero con más desconocimiento por parte de los padres de lo que ven sus hijos.

La escuela que pretende formar a ciudadanos responsables con sus deberes y derechos, diremos en un ejercicio de autocrítica, es una escuela centrada en la linealidad del tiempo para sus enseñanzas, llena de programas y temarios, horarios, paredes que aburren a los jóvenes. Y nos preguntamos con Funes, (2005: 106) ¿Podemos invertir la pedagogía del aburrido[8]? Es posible, admitiendo que no es fácil, ni tampoco cómodo, porque las clases siempre serán más ordenadas y tranquilas siguiendo las convenciones de los programas escolares. Pero es posible invertir la pedagogía del aburrido, en una pedagogía lúdica, sin desechar para nada el esfuerzo. Movilizando al alumno, implicándolo en procesos creativos que le motiven y le gratifiquen. El esfuerzo no se opone a placer. Si no leen, no cocinan, no investigan, no preparan una feria,

8. Sugerente expresión que utiliza Virginia Funes: Espectadores, los alumnos del siglo XXI. Comunicar Pg 106–111

es porque no se les ha enseñado el placer de leer, de cocinar, de curiosear y disfrutar haciéndolo. Conocemos y hemos participado en experiencias o iniciativas con los jóvenes, como el rodaje de una película, un taller de cocina, la grabación de un anuncio, la preparación de un viaje de estudios, o la fiesta final de curso, campamento, gran juego de pistas; así como la preparación de una obra de teatro o creación de un grupo musical, en las que los adolescentes se han volcado y no han escatimado ni tiempo, ni esfuerzo, ni ilusión. Por tanto, un proyecto puede estar dotado de esfuerzo y placer, dos dimensiones de la experiencia que no se excluyen, sino se complementan siempre y cuando el proyecto responda a los intereses de los jóvenes, motive su puesta en marcha e implique la participación de todos.

Los adolescentes son espectadores y jugadores, en ambas dimensiones y en ambos ámbitos el placer de ver o jugar les seduce y sumerge. Esta dimensión lúdica se proyecta en dos placeres diferentes, aunque complementarios: como espectadores y como jugadores.

El placer del espectador

Se produce en lo audiovisual que fascina, impacta. Lo audiovisual es imagen y sonido, que tienen el poder de lo concreto, inmediato y gratificante. Los neurobiólogos sostienen una clara distinción entre el «cerebro que piensa» (neocórtex), y el «cerebro que se emociona» (sistema límbico), pero con un inmenso campo neuronal de conexiones. El impacto visual penetra en el hemisferio derecho que es figurativo y sintético. En el momento de percibir este estímulo, el sujeto siente la necesidad de implicarse, se activa su campo emocional. La retina humana recibe un bombardeo continuo de impactos que no sólo dificultan la reacción y el correspondiente filtraje racional, sino que también pueden saturar, y por tanto, insensibilizar.

El oxígeno de las pantallas es el espectáculo. No interesa reproducir la realidad, ni convertir a los medios de comunicación en ventanas abiertas al mundo o reflejos de lo que ocurre. Cuando al más prestigioso director de cine del momento, D. Griffith[9] le encargaron que hiciera una película de la Segunda Guerra Mundial, después de pasar varios días en el frente rodando escenas, se convenció de que la guerra no era suficientemente dramática para rodarse, y así planificó y rodó en los estudios de Londres la batalla del Somme, una de las grandes escenas que conmovieron a los aliados y que reconstruía ficticiamente la batalla; pero que nunca existió. Desde la pequeña pantalla, hasta la grande, pero también en las más proactivas (móviles, videojuegos e Internet) el espectáculo engloba la puesta en escena y nutre sus guiones. Es muy difícil comprar un videojuego o buscar por las salas de cine, o zapear por la programación en busca de un contenido que carezca de la triple «ese»: sangre, sexo y sentimiento. Espectáculo.

9. El otoño de 1998 la BBC en coproducción con la CBC TV emitió la serie informativa «Daw of the Eye», Testigos de nuestro tiempo. Programa informativo que exponía cómo y por qué se ha narrado nuestra historia.

El placer del jugador

Es participación, interactividad, inmersión. Metas que se alcanzan rápidamente, imágenes trepidantes, efectos de última generación, recuentos automáticos de puntos, hacen que la retina permanezca pegada a la pantalla. A diferencia de la televisión o el cine, la pantalla del videojuego, es el escenario para la acción simulada. El espectador se convierte en jugador. El usuario ya no está al otro lado de la pantalla, forma parte del escenario, participa en la acción, decide el desenlace. El usuario toma las decisiones y determina lo que hace el personaje de ficción que es un títere en sus manos.

Las expectativas del jugador de juegos de ordenador Darley (2002: 237) «tiene poca relación con el nivel de identificación y el voyeurismo muy próximos al espectador de cine y televisión». En una película la acción transcurre dentro de una estructura predeterminada, la respuesta del espectador es básicamente mental. Pero el jugador se sitúa en un lugar de control sobre la acción. Juegos como el Underground permiten actualizar el vehículo, maquearlo, cambiar su mecánica. Con los Sims el jugador puede formar una familia convencional de clase media o escoger una familia peculiar y excéntrica. Decide su vivienda, busca trabajo, va al gimnasio, cocina, liga, cuida los hijos. También puede crear los personajes a su medida. Según las intenciones del jugador se pertenece a un jugador u otro, estas elecciones deciden la dirección de la historia que se está construyendo.

La solidez y profundidad psicológica que caracteriza la narración, especialmente de la ficción clásica, queda diluida en el videojuego por el protagonismo del jugador. Son los propios espectadores/jugadores los que tejen el espacio de la acción, los que se marcan unas metas y superan unas dificultades. En la narración existe la clausura, el final del relato es un hecho inexorable, en el juego no existe. El enigma, el misterio por resolver no es con frecuencia el final del juego, sino un intento, porque el problema sigue sin resolver, el paso y superación de pantallas no significa llegar al fin.

Con otras pantallas (videojuegos, Internet) ya entramos en otra dimensión, que no es la del espectador sino la del usuario o jugador. Con los videojuegos, tú como jugador decides lo que puede ocurrir en esa pantalla. Hay videojuegos de simulación que te permiten crear tu propio escenario, tu propio decorado, tus propios personajes y hay jugadores de rol que son muy sólidos, pueden mantener 1, 2 y 3 personajes ficticios durante meses en ese juego. Un jugador que produce no solamente un conjunto de percepciones diferentes sino también un conjunto de mediaciones y de relaciones con el espectáculo y con el juego y con el uso que se haga del ordenador.

Conclusiones

Los escenarios de la virtualidad entretejen a los espectadores, jugadores y usuarios de las pantallas. El territorio juvenil se mueve entre estructuras laberínticas, en las que la interactividad y la inmersión, rompieron la linealidad de lo impreso y la abstracción de lo racional. Una imagen, una web, un videojuego son sensaciones que aparecen y desaparecen más rápidas que un clic. Hablamos de interactividad porque el jugador y el usuario (también lo será con el espectador de la televisión digital) interactúa con el contenido audiovisual; inmersión porque como sujetos que estamos al otro lado de la pantalla –espectadores–, o dentro de la misma –jugadores o usuarios–, también sentimos, pensamos, accionamos en unos escenarios y personajes virtuales.

Lo virtual como posible, la inmersión como escenario. Cuando entramos en los escenarios de las pantallas hay dos realidades, la presencial y la virtual. El Messenger está lleno de historias que jamás se hubieran dicho en un cara a cara, como antes podía ocurrir cuando se escribía una carta. La asincronía de antes ha cambiado de soporte y de medio de comunicación, lo impreso por lo electrónico, el blanco y negro de la letra escrita por el colorido multiforme del hipertexto. Decía Platón en la boca de Sócrates: «voy a hablar con la cabeza tapada para que galopando por las palabras llegue rápidamente hasta el final, y no me corte, de vergüenza al mirarte»[10]. En efecto, la Red está repleta de historias que en el «cara a cara» jamás hubieran sido contadas.

En esta andadura, llegamos a la Web 2.0, equivalente a participación. En el ámbito informático colocar la numeración a la izquierda o a la derecha es bastante significativo porque en la medida en que el dígito de la derecha va cambiando, el significado del entorno cambia levemente, pero en la medida en que el dígito de la izquierda va cambiando, el entorno cambia sustancialmente. La revista TIME puso el dedo en la llaga cuando a primeros de diciembre de 2006 publicó una portada en la que aparecía un ordenador, pantalla espejo, con el siguiente texto: «Tú eres el personaje del año para esta revista», capturando perfectamente el núcleo de la cuestión, es decir, tú eres el protagonista, la red es tuya, haz lo que te parezca. La conversación pública e instantánea ya es un hecho.

La wikipedia, los blogs, myspace, Second Life, son la versión lúdica, anónima, carnavalesca de la red, con el 2004 apareció la otra dimensión de Internet, el «facebook», nacido en Harvard. Unos estudiantes creyeron que a la red le faltaba todavía una alternativa: todo aquel que quisiera colaborar para exponer, construir, participar, tendría que identificarse, y no admitían a nadie en la «facebook» que no diera sus datos personales.

10. Platón, Fedro, 237 a. cita que tomo de Victoria Bescós en su artículo «El amor en la Red: del amor platónico al amor virtual», mayo 2002. http://www.uoc.edu/web/esp/art/uoc/bescos0502/bescos0502.html. Consulta 8 de diciembre 2007.

Se trata de otros ámbitos en los que la virtualidad transgrede los tiempos y espacios físicos, tradicionales, marcados hasta ahora por la presencialidad y la simultaneidad. Sabemos que lo presencial y lo virtual son dos realidades, igual de necesarias, además de complementarias, pero que todavía no han merecido la suficiente atención, ni en el ámbito psicopedagógico, ni tampoco en el social. Pero son algunos de los principales escenarios de construcción juvenil en sus gustos y aficiones, estilos y modelos de convivencia.

La alfabetización audiovisual contiene dos competencias: el análisis crítico de los mensajes audiovisuales forman la iconosfera, y la construcción de mensajes que recojan los intereses y necesidades de los individuos. En mi opinión, se ha descuidado la dimensión participativa y creativa de los propios jóvenes, no atendiendo su capacidad para construir sus propios mensajes, sus propios productos mediáticos (revista o periódico escolar, cortometraje, programa de radio). «Una recepción crítica no se puede quedar en la teoría, ni en las discusiones de salón. La palabra clave es participación, que admite distintos grados y ámbitos. Probablemente empezando por los entornos más próximos y cercanos, para ir abriendo el círculo de actuación».

Los medios digitales multiplican las posibilidades de la participación activa. El uso de una cámara digital facilita la creación de los propios materiales, los sencillos programas de edición digital permiten un montaje, la conexión a Internet posibilita colgar la propia producción, de modo que se realice un intercambio entre jóvenes de diferentes puntos geográficos. Se han puesto al alcance de la mano del consumidor doméstico, y más de los jóvenes, algunos aspectos de la producción que antes eran muy costosos (grabación, sonorización, edición) de la producción mediática. Sin embargo, no podemos ignorar que sólo el veinte por ciento de la población mundial tiene acceso a estas tecnologías, y que la barrera entre los conectados y los que carecen de conexión se agiganta.

La educación mediática no se contempla desde una visión proteccionista, sino como una preparación desde una doble finalidad. Que los jóvenes desarrollen la comprensión que tienen de la cultura mediática, y que participen creando y produciendo sus propias historias.

La alfabetización mediática atiende con prioridad la dimensión social de los consumos y las convivencias con las pantallas, como un escenario real (presencial y virtual, ambos complementarios) para la socialización. Lo que los niños y jóvenes ven en televisión, o juegan en las consolas, o navegan/chatean por internet no sólo corresponde a un proceso cognitivo o intelectual, ni a un ejercicio individual, también lúdico y social. El juego social envuelve la presencia de las pantallas y alimenta el crecimiento de sus usuarios. Se habla, se ríe, se juega, se imita o discrepa, se parodia sobre lo que se ha visto o interactuado a través y mediante las pantallas. Una multitud de clubs de fans y comunidades virtuales surgen y crecen alrededor de programas y juegos que marcan la identidad de los jóvenes, que describen sus

hábitos, atuendos, costumbres, lenguaje y gustos. Aquí tiene que estar presente la educación, este «aula sin muros» también debe formar parte de los programas educativos, tanto en la educación formal, como en la llamada no-formal.

Bibliografía

Berrios, LL. y Buxarrais, M.R. (2005). *Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y los adolescentes. Algunos datos.* 2005 http://www.campus–oei.org/valores/monografias/monografia05/reflexion05.htm 5 enero 2006.

Buckingham, D. (2005) *Educación en medios* Ediciones Paidós. Barcelona.

Grupo Spectus (2004) *Máscaras y espejismos: Una aproximación al impacto mediático. Del análisis a la acción*. Ediciones de la Torre. Madrid.

Naval, C., Sádabe, Ch., Bringué, X.: *Impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en las relaciones Sociales de los Jóvenes Navarros,* Navarra, Gobierno de Navarra, 2003. Citado por Berríos y Buxarraís.

Quart, A: (2005) Marcados. *La explotación comercial de los adolescentes.* Debate. Barcelona.

MÓVIL, MESSENGER Y OTROS APARATOS PARA LA VIDA[1]

JAUME FUNES ARTIAGA

A veces, los chicos y chicas adolescentes consiguen arrastrarnos hacia una cierta modernidad, descubrimos que el mundo cambia y que quizás buena parte de lo que diseñamos o hacemos para ellos y ellas ha quedado anticuado. En algunos aspectos, eso tiene que ver con los «sistemas comunicativos», en otros con los mundos de sus relaciones, en otros con la percepción de cercanía y disponibilidad.

Parte de esta «modernidad» no siempre es suficientemente honesta. Cambiamos de «plataforma» para la acción para ver si los atrapamos aunque sea en la realidad virtual, pero seguimos con lenguajes y propuestas igual de distantes a las que una decoración de bits no convierte en instrumentos realmente útiles para ayudarles a ser personas autónomas, libres y felices.

Las líneas que siguen (complementarias de la exposición en el encuentro: *«Educadores virtuales de adolescentes digitales»*) recuerdan, en primer lugar, una actitud que ni la presencia ni la virtualidad pueden eliminar: la escucha. Luego, he resumido algunos resultados de una actividad de escucha relacionada con una parte de ese mundo comunicativo digital al que el encuentro se refiere.

Escuchar para entender

No resumiré aquí las claves de lo que podríamos definir como atención social y educativa razonable a los adolescentes y jóvenes, aunque no deba olvidarse que, con frecuencia, una mala propuesta de intervención suele crear un problema allí donde sólo teníamos una dificultad. Tan sólo quisiera destacar un pequeño grupo de claves: **aquellas que tienen que ver con escucharles**.

Solemos fracasar en nuestro trabajo con ellos y ellas, especialmente cuando queremos hacer eso que llamamos «prevención», entre otras razones, por no mirar, no preguntar, no intentar entender. Ni ellos ni nosotros tenemos visiones únicas y

1. Buena parte de las reflexiones que aquí se exponen provienen del texto (y de la experiencia) «Jóvenes en clave joven. Resumen de argumentos para personas adultas que quieren ser útiles en sus vida» (Funes, J. 2007), realizada por el Ayuntamiento de Portugalete. Experiencia repetida al año siguiente y cuyo texto está a punto de aparecer.

homogéneas, pero las suyas suelen ser muy diferentes de las nuestras. No queda más remedio que **pararse a descubrir qué les preocupa** (en algunos casos qué hemos conseguido –para bien y para mal– que les preocupe) y **cómo les preocupa**. Además, están sus razones, sus lógicas, sus argumentos. Necesitamos tener en cuenta sus universos de sensibilidades hacia unas cuestiones u otras, las valoraciones que adjudican a unos u otros comportamientos, las explicaciones de las que echan mano, la argumentación con la que se desenvuelven.

No se trata de contemplación seráfica ni de justificación universal de sus vidas. **Mirar no es sonreír viendo cómo se destruyen. Mirar es querer ver y saber observar.** No es focalizar sesgadamente. Es demostrar que nos interesan ellos y ellas, toda su persona, desde una proximidad permanentemente curiosa. Escuchar sus argumentos no es darlos por buenos, es tan sólo aceptar que –sólidos, débiles o incoherentes– representan perspectivas inevitables, criterios claves para poder llegar a construir una verdadera relación de influencia. Una cosa tan sólo hay que aceptar: que es posible que nuestros argumentos entren en crisis, se descubran como incoherentes e hipócritas y tengamos que reconocer (al menos en nuestro fuero interno) que tienen una buena dosis de razón.

No debemos olvidar que, como tendencia dominante, la autoridad siempre dice «NO» a la novedad y la incertidumbre, los «investigadores» se refieren a lo que dicen «ver» en los cambios, los «técnicos» aplican en el trabajo aquello que aprendieron, con independencia de si responde al mundo real de los adolescentes, ellos y ellas miran de reojo e intentan aprender a darnos la información como han descubierto que nos interesa. Es una especie de teatro extraño en el que nada de lo que se representa parece tener que ver con aquello que realmente viven los chicos y chicas adolescentes y jóvenes.

Antes (y durante) de hacer propuestas hacia el mundo adolescente y joven **se ha de pensar en sistematizar la escucha, provocando, recogiendo y ordenando su palabra**. Las formas de hacerlo son múltiples, pero todas comienzan por observar, mirar, escuchar y preguntar.

Las páginas que siguen son una sistematización adulta de lo que ellos y ellas dijeron sobre una parte del mundo de las pantallas, en medio de un debate largo sobre otros muchos aspectos de su condición joven, sus formas de divertirse, sus formas de relacionarse con las drogas. Un conjunto de argumentos que al que esto escribe –algo deformado por años de trabajo en el mundo adolescente– le han parecido especialmente útiles.

Sus aportaciones nacieron en un espacio de debate a partir de una pequeña reflexión previa, provocativa, de un profesional adulto. En este caso, la persona que les habló fue especialmente crítica con «las pantallas» y con sus efectos sobre los jóvenes actuales. En su reacción, continuamente se notaba una cierta necesidad de rebelarse, una necesidad de dejar claro que ser de la generación @ es tener

un conjunto de oportunidades vitales diferentes sin que eso sea necesariamente un problema como afirman los adultos (sean angustiados, sean críticos). Ese desacuerdo de fondo que tenía dificultades para aflorar lo podría resumir esta frase: *«El messenger no es malo, y no estamos enfermos porque lo usemos, ni tenemos que escondernos para hacerlo»*.

En realidad, parece que aquí también son diferentes. Acaban aplicando a las nuevas tecnologías, al ciberespacio o a la comunicación digital criterios muy similares a sus relaciones con otras experiencias, condicionados por su necesidad de descubrir, experimentar, adaptarse continuamente a un mundo en cambio: *«Hay que adaptarse a los medios y a lo mejor acaba siendo compatible con ciertas cosas porque no se puede luchar contra algo que es una tendencia masiva, digamos que la sociedad está sufriendo un cambio. Está bien que hay cosas en contra pero también hay que sacarles un provecho, yo creo que todo no tiene que ser ataque…»*

Modas y dependencias

El teléfono móvil, seguido de la comunicación por Internet, especialmente usando el «Messenger», representa el prototipo de lo que no parece claro si es una nueva dependencia o una nueva manera de ser o, al menos, un conjunto de elementos importantes de nuevos estilos de vida. Algo que ellos y ellas –diferentes como personas y especialmente diferentes como jóvenes– analizan y valoran diferentemente, aunque confluyendo en algunos aspectos comunes.

Aunque resulta posible, parece muy extraño intentar ser joven sin usar un móvil (*«Ahora cuando conoces a alguien que no tiene móvil alucinas»*). Lo que no es obstáculo para recordar que en algunos casos esa rareza es impedida por los adultos. Son los padres y madres los que han depositado su confianza de control en el móvil imponiéndolo a los hijos (*«En mi caso, yo no tengo la necesidad de llevarme el móvil pero mi padre tiene la necesidad de que me lo lleve, por si pasa algo…». «Yo, cuando compré mi primer coche con 20 años, mi padre me regaló un móvil por si me pasaba algo». «Además, acabas perdiendo totalmente tu privacidad y tu poca independencia respecto de los padres, te tienen todo el día controlado»*).

Ellos y ellas lo definen, sin especial sentido crítico, como una dependencia (*«No puedo vivir sin él». «Yo tengo que llevarlo encima pero no estar todo el tiempo sin utilizarlo». «Si se me ha olvidado en casa lo primero que hago es mirar si hay mensajes o llamadas»*). También hay quien pasa de usarlo y no quiere imposiciones ni relaciones no deseadas (*«Me or sin el móvil, así no te raya la gente»*). Igualmente, quien se considera usuario activo y no descarga las culpas sobre la nueva tecnología, quien ve la parte complicada y la parte buena (*«Bueno, pero lo mismo que el móvil te quita privacidad, también te la da, ¿no? La comunicación con el móvil es tuya únicamente, nadie más coge tu móvil»*).

Se trata de incorporaciones vitales que se viven como imprescindibles de una manera de ser, que obedecen a múltiples razones y que presuponen ese conjunto de dificultades de adaptación a la sociedad de la comunicación permanente e inmediata. La posibilidad de la comunicación introduce la dificultad para soportar el desconocimiento y la incertidumbre, la preocupación por quedar fuera de la onda comunicativa –que en el caso adolescente y joven puede suponer quedar fuera del grupo, debilitar la pertenencia– que genera nuevas necesidades y posibles dependencias (*«Estoy enganchada, siempre tengo que tener el ordenador encendido, lo que no me pasa por el móvil me pasa con Internet. Yo llegaba un momento que llegaba de currar a las dos de la mañana y sólo pensaba: Messenger, Messenger y hasta las seis o así no y luego me despertaba y otra vez enganchada»*).

En algunos casos es un simple hábito convertido en cotidianeidad (*«Yo, por ejemplo, aunque esté viendo la tele pero el ordenador encendido»*), en otros es un uso significativo pero intermitente que no ocupa un espacio central (*«Internet lo utilizo muy de vez en cuando pero no es una cosa que esté todos los días enganchada, el correo y poco más»*).

Acostumbrados ya a vivir de esa manera no dejan de reconocer que su necesidad tiene que ver con el mundo en el que viven, con necesidades reales aunque probablemente impuestas (*«La inmediatez vuelve a ser importante. Todos queremos que todo sea rápido y automático, vivimos muy deprisa»*). Resuelven unas dificultades y crean otras necesidades (*«Te acostumbras a satisfacer un deseo o una necesidad inmediata. Antes llamabas a un colega a casa y era muy fácil que no lo pillaras, que tuvieras que volver a llamarlo…»*).

Puestos a ser críticos y sin renunciar a ese mundo también hay jóvenes que ven con lucidez aquello sobre lo que tiene control y aquello que finalmente complica sus vidas (*«Nos generamos unas dependencias impresionantes. Cuando alguien se olvida el móvil en casa, parece que se desestructura el mundo. Pero en realidad, el mundo siempre ha girado sin móvil y puede seguir haciéndolo»*).

Otras formas de comunicación, otras relaciones posibles

Con sus partidarios y detractores, la comunicación y el acceso a la información vía Internet es como la configuración de un entorno diverso en el que buena parte de ellos y ellas se mueve con facilidad. El mundo del «Messenger» representa significativamente el debate sobre las formas y las posibilidades o imposibilidades de la comunicación, de las nuevas formas de comunicación.

Parece darse un uso mayoritario (no en todas las tipologías de adolescentes y jóvenes) con valoraciones diversas que van desde la consideración negativa a la positiva, pasando por el pragmatismo. Desde dentro del uso, los aspectos más criticados tienen que ver con su posible efecto sobre las relaciones sociales, con ese mundo propio que construyen con los encuentros, el verse, el disfrutar juntos (*«La*

droga no mata las relaciones sociales, porque sigues hablando, pero las pantallas matan la vida social, estás solo con tu pantalla, tienes relaciones sociales, pero electrónicas»). Con matices diversos las otras pegas tienen que ver con la soledad material de la interacción, que puede llevar al aislamiento (*«… autismo, que puedas estar solo y estar con algo y no necesitar a la gente»*), o simplemente a un tipo de soledad (*«En parte tienes razón, porque te metes en tu habitación y no hablas, te aísla del mundo»*). Otros no acaban de aceptar que, teniendo otros espacios y tiempos para la relación el Messenger se interponga o sea un substituto (*«Me parece muy triste que estando en un grupo con el que estás entre semana y fines de semana, no te dé tiempo de hablar con ellos y luego tu solo en casa con la pantalla que te dé tiempo de hablar con todos»*). Incluso, algún usuario acaba concluyendo que, bien bien, no es comunicación (*«De todas formas, no es comunicación se llama así pero no lo es»*).

A pesar de los aspectos críticos, moviéndose con facilidad en ese nuevo entorno y relativizando su impacto, abundan las valoraciones positivas: *«Al principio, sobre todo, la novedad. Es que ahora todo el mundo tiene Messenger, entonces... si no tienes estás fuera. Mis amigos tienen todos y es para comunicarnos todos a la vez»*.

Probablemente las ventajas mayores tienen que ver justamente con las posibilidades comunicativas, con la mejora de aspectos comunicativos que en el cara a cara se producen con mayor dificultad. En su opinión no sustituye nada, pero hace posible otros aspectos de la relación (*«Yo es que pienso que no puede sustituir a la calle pero sí que igual facilita algunas cosas, por ejemplo, si discutes con un amigo, es menos brusco, digamos, hablarlo por el Messenger que no le estás viendo la cara que igual sabes que no llevas la razón y pasarías vergüenza diciéndoselo a la cara e igual por el Messenger como no le estás viendo la cara, le dices lo mismo pero es más fácil»*). Puede ser útil para gestionar determinados conflictos, aunque siempre debería acabar con una fase de relación física, de contacto de tú a tú (*«Yo, personalmente, si he discutido y lo he arreglado por el Messenger pero no me gusta. He dicho tenemos que hablarlo cara a cara porque solucionar las cosas por el Messenger o por el teléfono no es como el contacto físico. Por mucho que digas, sí, se me ha pasado, ¿sabes? No le has visto la cara para saber cómo está él y si se le ha pasado»*).

En la práctica parece ser un sistema de comunicación que aplican a todas las esferas de tensión, incluso a las más íntimas. No debe entenderse, sin embargo, que por el simple hecho de estar mediatizadas por una pantalla, son menos intensas o están desprovistas de afectos (*«Yo tuve una relación que corté a través del Messenger y luego ya es muy difícil decirle a una persona… Eso te deja rastro, ¿sabes?»*). Como todo en sus vidas depende del momento que viven, de su personalidad en cambio y construcción. Igual puede servir para sentirse mejor haciendo saber qué sienten y piensan aunque no consigan hablar cuando las otras personas están delante, que como subterfugio para no encarar las dificultades personales de comu-

nicación (*«Yo creo que para algunas personas es más fácil decir ciertas cosas así, porque no quieren decirlo a la cara. Algunos hasta rompen relaciones así, por el Messenger»*). Situando dicotomías, también apuntan al peligro de construir dos formas de ser, a la posibilidad de dar dos imágenes de ti mismo (*«… la gente se cree escondida detrás de la pantalla, nadie me ve, pueden decir cosas que nunca dirían en frente de la persona, cara a cara hablarían de otra manera… eres de una manera cuando estás escondido y de otra cuando no»*).

Desde otra perspectiva, vienen a afirmar que, de hecho, en sus contactos presenciales no siempre es posible hablar de todo, ni el contexto, ni la oportunidad lo permiten, en cambio –al menos para plantear algunos temas– esta nueva forma de comunicación acaba siendo especialmente válida (*«No puede sustituir a la calle pero sí hablas cosas en el Messenger que no hablas en la calle». «Si, te ayuda a hablar de temas que no hablarías en la calle»*). Aunque predominen las comunicaciones relacionadas con el día a día, se trata de un instrumento que estimula cierta seriedad, cierta tendencia a profundizar determinados temas, aunque tenga su punto de despersonalización (*«Puedes decir cosas importantes a la gente que no puedes ver y está muy bien, pero no es lo mismo que decirlo a la cara»*).

Incluso tiene su variable de reflexión e intercambio libre de ideas, que genera procesos de construcción de la propia opinión y de contraste con otras que van más allá de las puras relaciones afectivas (*«Lo bueno es que si te interesa un tema o algo, te metes en un foro y puedes discutir y hablar con la gente que le gusta lo mismo que a ti»*). Es posible que, habiéndose reducido la «profundidad» ideológica de las relaciones interpersonales, ese nivel se haya resituado en los nuevos formatos comunicativos (*«Yo antes, cuando sí que lo usaba, recuerdo hablar cosas supertranscendentales y luego era como que me costaba más hablar con las personas»*).

Igual que para los más ágrafos supone una lata porque la comunicación está mediatizada por la escritura (*«… no puedes explicarte tanto escribiendo como hablando»*) (de hecho está siendo una activa y contradictoria forma de estimular la comunicación escrita entre los adolescentes), hay quien valora la seriedad y la coherencia del formato (*«Tienes más tiempo para escribir, para pensar la idea y que no te interrumpan, tú le escribes la idea entera y pum! lo mandas»*), quien destaca la obligación de pensar lo que dices que impone (*«Así te puedes arrepentir antes de lo que dices y no mandarlo»*). Es un instrumento que tiene todos los ingredientes de la comunicación inmediata pero que te permite gestionar el tiempo, marcar el ritmo de tus reacciones, especialmente si éstas son delicadas (*«puedes estar esperando y con la excusa de no haberlo leído o que estabas escribiendo con otra persona te da tiempo para pensarlo… no es como… si se te acerca y no sabes qué decir, te quedas así y él sabe cómo has reaccionado, de la otra manera, no»*).

Amistades digitales

Incluso resulta útil para ensayar nuevas relaciones, tantear encuentros, probar otros niveles de aproximación y relación, al menos en su fase inicial (*«También pasa que igual has visto a un chico por el barrio y dices ¡qué chico más guapo! pero no le dices nada y luego hablas con él por el Messenger y te explayas. … por una parte es bueno para soltarte pero no puedes sólo hablar por el Messenger»*). Igualmente, es un instrumento que modifica las variables espaciales de la relación, que sitúa las relaciones en perspectiva global de red, trascendiendo el entorno local (*«Se puede dar que hay gente de ciudades más grandes que se conocen por Internet…» «El punto positivo a nivel global es conectarte de una forma instantánea y conocer a gente que a lo mejor no habrías conocido en tu vida»), amplia las posibilidades de relación y las perspectivas vitales con claves de otros lugares (También está bien para conocer gente nueva. Yo he conocido a gente argentina a través de internet y superbien»*).

El concepto de amistad –que ya tiene multiplicidad de acepciones que van desde el amigo con derecho a roce hasta el amigo para salir– incorpora una nueva variante: la amistad digital, alimentada por las posibilidades comunicativas de la sociedad digital y en red, en la que hasta un cierto punto la distancia es presencia. Permite mantener relaciones creadas por otras movilidades juveniles a partir de los viajes e intercambios. Permite, incluso, atribuir a cada tipo de amistad un formato de relación (*«Yo realmente sí uso el Messenger, pero lo uso porque tengo muchísimos amigos de todo el mundo que no tengo otra forma de llegar a ellos. Normalmente no me relaciono por el Messenger con mis amigos, me relaciono con gente que está fuera y es la única forma que tengo de hablar con ellos»*). Alguien introdujo otra perspectiva en esa gestión de la amistad –o a la de relaciones entre diferentes grupos– la posibilidad de momentos compartidos con todos los amigos a la vez con mayor frecuencia, o con diversos grupos, cuando el encuentro físico sería muy difícil o imposible (*«A veces puedes juntar a mucha gente de diferentes grupos y hablar con ellos al mismo tiempo, sin que su presencia física moleste o incomode a nadie. De otra forma, esto sería imposible»*). A menudo es tan simple como contar con que si no puedes quedar con un amigo siempre puedes intentarlo mediante el ordenador (*«en vez de quedar con un amigo y dar una vuelta por la calle, te conectas y hablas por el Messenger»*).

Ya he advertido que entre los múltiples defensores también están numerosos pragmáticos. Apuntados por razones económicas (*«es más barato y para tonterías pues no te gastas el dinero en teléfono»*), por agilidad en la gestión (*«También puedo hacerlo con una carta por correo, pero puedo hacerlo inmediatamente por el Messenger. Claro que es necesario»*), porque facilita el trabajo (*«Yo doy clases de física en el Messenger, para mí es más fácil»*). Simplemente porque no es posible ser, por ejemplo, estudiante sin tener en cuenta Internet (*«Yo lo veo supernecesario. Todas las bases de datos de proyectos, de recursos internacionales... Todo está en Internet»*). En síntesis: *«Lo bueno es la facilidad de información»*.

Cambia una parte de la vida

En parte estimulados, quizás, por el entorno de la discusión, más que como preocupación seria suya, también en este tema aparecieron los aspectos dependientes. Alguno lo que destaca es el establecimiento de hábitos banales, perfectamente prescindibles, alimentadores de la comunicación vacía de sentido (*«A ver, ¿por qué hay que estar hablando todo el día con gente? ¿qué necesidad tenemos? ¿Vas a la uni por la mañana y por la tarde tienes que estar hablando por el Messenger con tu compañero? Es una gilipollez de base. Lo digo yo, que no lo uso ahora, pero que sí que he tenido épocas de usarlo. Ahora paso absolutamente del Messenger»*). Otros simplemente dejan constancia de cómo las nuevas posibilidades técnicas han modificado una parte de su vida cotidiana (*«ahora llego a casa, ceno y al Messenger, cuando antes me quedaba con ellos viendo la tele, o en el sofá»*).

Unos cambios tecnológicos que, como ya he comentado, parecen estar afectando a las lógicas culturales, a diferentes aspectos de los estilos de vida (*«Es contradictorio. Lo tengo encendido siempre pero luego no lo uso más que en momentos puntuales. Igual hay una amiga y le digo «oye, coge el teléfono que te voy a llamar a casa para que no haga mucho ruido». Porque tengo el teléfono gratis, las llamadas nacionales y entonces para decir «te llamo» y nada más. Pero no puedo, lo tengo que tener encendido, como una adicción a tenerlo encendido pero no a utilizarlo. Es como el móvil, aunque no lo use va conmigo a todas partes siempre»*). Unos cambios que, en el caso más extremo, definen como gente que basa su vida en el ordenador.

El relativismo razonable que se manifestó hablando de los usos de drogas también apareció en el debate sobre las dependencias tecnológicas (*«ayer dijimos que las drogas no siempre convienen. No es todo malo o todo bueno. Internet es lo mismo»*). De la misma manera con la que insistieron en que se diferencien sus diferentes formas de uso, insisten ahora para que se consideren sus relaciones con las nuevas tecnologías (*«Es que yo no creo que se pueda decir que algo es malo o es bueno, sino el uso de algo es bueno, o el uso de algo es malo»*).

Alguien hizo una cierta valoración global, recordando las relaciones con los padres, haciendo ver los diferentes aspectos de la realidad y la necesidad del equilibrio (*«El ordenador tiene un paquete muy grande de cosas positivas, tienes con internet, acceso a información instantánea, hacer un trabajo a ordenador, es como antes hacerlo con máquina de escribir, sólo que borras, rehaces, todo lo que quieras, el Messenger si estás con uno de la uni puede hacer una parte del trabajo cada uno. Pero luego tiene también sus cosas negativas, los videojuegos te crean dependencia, pierdes tiempo, relaciones sociales. Es que es como lo de la autoridad paternal y ser amigo, es un equilibrio»*).

Finalmente, creo sugerente destacar que algún grupo hizo aparecer a los adultos en el debate. Salieron sus dificultades para entrever ese nuevo mundo y la tendencia –también– a convertirlo en problema. Por un lado no pueden considerar el mundo digital de la misma manera que las drogas, pero por otro se angustian ante los problemas que, según ellos, pueden crear (*«la diferencia es que las drogas siempre se han visto como algo muy malo, pero internet es una cosa que se ha metido tanto en la sociedad...»*). Nos ven desconcertados, analfabetos en un mundo de símbolos diferentes y afirman que no parece que les podamos ayudar demasiado (*«Pero la cosa es que los padres ahora, la mayoría, no pueden saber si el Messenger es bueno o malo para los hijos, porque en realidad no saben lo que es, ni el uso que le das, y el hijo puede engañar muy fácil a su madre, yo creo que el cambio vendrá cuando nosotros seamos padres, que ya lo conocemos y sabemos lo que hay»*). Son conscientes de los esfuerzos de algunos para acercarse, pero siente que están en un mundo donde nuestra capacidad de control ya es escasa y en el que haríamos bien en dejarnos enseñar por ellos (*«Mi madre nunca ha tenido internet hasta ahora, y eso que mi madre es de las que se apunta a cursos para no rayarme a mí para que la enseñe las cosas. Pero en realidad no sabe el uso que yo le doy al ordenador»*).

Otras vidas en la realidad virtual

En medio de las diferentes reflexiones, en las que se mezclaba el diálogo en el Messenger con los chats o la participación en foros, los juegos, etc. aparecieron diversas referencias a una dimensión poco analizada hasta ahora: el acceso a la dimensión virtual, el poderse situar en un entorno, de diálogo o de juego, en el que los tiempos, los espacios, las identidades pueden ser múltiples, en las que el joven que actúa puede ser o representar, tener un papel real o inventado, proyectarse o darse a conocer, diferenciar realidades o confundirlas.

Con posibilidades de generar efectos positivos y negativos, el ciberespacio parece ser un lugar apropiado para los que quieren ser u ofrecer otras formas de ser que las reales (*«Te dan a elegir lo que quieres hacer, es una libertad imaginaria»*) o con posibilidad de parecer lo que no eres (*«Y la gente que busca una doble personalidad sobre todo en las páginas de ligue y todo eso»*), aunque sólo sea por tener éxito momentáneo (*«Yo tengo amigos que quieren jugar on line y si eres un chico, nadie te llama»*).

La combinación de la conexión con otras realidades, otras relaciones y otras dimensiones, con la habitación propia facilita una experiencia especialmente singular en la que parecen sentirse gestores activos de ese espacio–tiempo de sus vidas (*«En ese momento no existes es que nadie te está viendo, parece que no hay nadie en casa, no hace ruido, no habla, no hace nada y los padres contentos...»*). Luego pueden venir los problemas pero parece que serán el producto de no querer volver a la realidad próxima (la otra también es real) o de confundir lo que pasa en uno y otro plano (*«Es todo imaginación, yo no lo veo mal, pero sí hay gente que confunde la realidad»*).

La habitación adolescente y joven, invadida y comunicada en parte por las pantallas, se convierte en un nuevo microcosmos que los adultos confundimos con la soledad y el aislamiento, pero que en la mayoría de los casos no es así. Por un lado son el espacio propio, íntimo, que todo adolescente reclama (*«ahí tienes tu intimidad, tu txoko»*). Por otro, permite un alto grado de sociabilidad (*«la habitación de tu casa puede ser un espacio de ocio»*) a partir de otros mecanismos de comunicación que no son la presencia física pero que son exactamente igual de reales en un contexto que consideran propio, protegido y libre (*«Y allí aunque estés solo, estas protegido porque es todo tuyo». «Te sientes más libre»*). Una vez más podemos ser nosotros, los adultos, los que añadimos problema donde, al menos en un primer momento, ellos y ellas no ven ninguno (*«A mí me gusta, no vas a perder la amistad, salir a la calle, es que todo con un control...»*).

Finalmente, como he dicho, permite afirmarse en una realidad ficticia, en una nueva vida autoconstruida, en la que todo es posible, en la que no se depende de las esclavitudes de la realidad, en la que son posibles proyecciones y descargas de deseos y frustraciones. Sólo cuando la realidad de lo virtual se confunda con la realidad real en la que se ha de vivir vendrán los problemas (*«El problema es cuando tú no sabes diferenciar y te cierras sólo a eso y luego no eres capaz de tener una conversación o relación, pero si lo sabes diferenciar no tiene por qué ser malo»*). Y algunos sí que han llegado a tener problemas, al menos, por engancharse a pasar demasiado tiempo en el otro lado (*«Yo he estado enganchado a los SIMS (vida virtual) y yo...»*).

También en estos temas conviene no olvidar que, cada vez más, las personas adultas que rodean al adolescente van siendo de generaciones que tuvieron adolescencia y juventud, que de alguna manera formarán poco a poco parte de las generaciones digitales y que, en un grado menor, tienen estilos de vida en los que algunas de estas prácticas están presentes. Hablando de la construcción de vidas virtuales, uno de los participantes se refirió a su madre como la verdadera experta en estos temas: *«Mi ama tuvo una época en que se hizo pasar por una tía que se llamaba Zoila y entonces uno le quería conocer, entonces, hizo otra cuenta y le dijo que era amiga de Zoila y que había tenido un accidente. ¡Muy fuerte!»*… Parece que sí.

En este mundo virtual desempeñan un importante papel los juegos. Igualmente, están al servicio del ocio, de la desconexión y de la comunicación. Siempre dentro de la enorme diversidad de estilos de vida y de actitudes vitales los consideran algo positivo y hasta útil (*«…hay juegos bonitos, buenos»*). Nos guste o no, conforman nuevas variables de su forma de divertirse (*«A mí también me gusta jugar a videojuegos, porque estoy un rato que desconecto del mundo. Pero estoy un rato a gusto y ya está, no horas y horas»*). Una vez más la variable relacional está presente y se convierte en gran medida en la justificación del juego, aunque nuestra tendencia a descalificar nos hace considerar igual el simple juego contra la máquina con el

juego en red (*«La play es diversión, yo soy más de juegos on line, juegas con más gente. Yo tengo amigos filipinos, japoneses...»*).

También aquí volvemos a la dosis y a la capacidad para diferenciar los estados (*«Una cosa es jugar y otra ya es enfermedad que ya es que paso de todo...te involucras en un mundo que al final hasta te lo crees»*). No estaría de más, en cualquier caso, tener en cuenta la advertencia que uno de ellos hacía: *«Si te engancha algo es por algo, es que realmente te gusta, estás dispuesto a dejar otra cosa que te gusta menos por eso»*.

Para acabar: algunas preguntas impertinentes a hacernos como adultos

- Parece que se trata de generaciones con móvil y con usos diferentes pero muy universales de Internet ¿Cómo podemos descubrir los cambios que ese hecho ha generado en sus vidas y el impacto en sus habilidades y posibilidades comunicativas?

- ¿Por qué no concedemos contenido afectivo, intimidad comunicativa a sus prácticas socales en la red?

- ¿No podemos hacer de la comunicación en la red un buen ensayo de la comunicación presencial?

- ¿Y si se trata de un entorno comunicativo más reflexivo que el presencial?

- ¿Cómo deberíamos actuar para conocer, en una lógica de red global, con qué influencias se conforman sus opiniones, sus formas de ser, sus prácticas de identidad?

- ¿No deberíamos estudiar qué significa la amistad en red, qué tipo de interrelaciones aporta a su adolescencia entre amigos?

- ¿No deberíamos situar nuestras preocupaciones en el uso, en las formas de uso de las nuevas tecnologías, definir usos «razonables» y usos «arriesgados»?

- ¿Dejarnos enseñar no ayudaría a que tomen conciencia de cómo usan las nuevas tecnologías?

- ¿Tiene algo de malo que vivan otras vidas virtuales con mayor grado de libertad que la cotidianeidad?

- ¿Y si utilizamos el realismo virtual para el autoconocimiento y para la elaboración de planes de futuro?

Bibliografía

Brullet,C. y Gomez-Granell, C. (Coord.) (2008). *Malestares: Infancia, Adolescencia y Familias*. Ed. Graó. Barcelona

Feixa,C. (2001). *Generació @. La joventut en l'era digital.* Observatori Català de la Joventut. Generalitat de Catalunya.

Funes, J. (2004). *Cómo analizar, cómo explicar la diversidad adolescente*. En AA.VV. *Tiempo de híbridos*. CIIMU. Barcelona.

Funes, J. (2007). *Jóvenes en clave joven. resumen de criterios para personas adultas que quieren ser útiles en sus vidas*. Ayuntamiento de Portugalete.

LA UTILIZACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN PARA LA ADOPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES: EL CONSUMO DE DROGAS.

Juan del Pozo Irribarría[1]

Que el auto-cuidado de la salud es una cuestión de que recae sobre los individuos y las decisiones que adoptan, e incluso de las colectividades, es una cuestión que no es nueva. De tal modo, que la adopción de un comportamiento saludable o no, es determinante en la salud individual. Y por extensión, los comportamientos individuales de una comunidad, conforman un comportamiento colectivo de cuidado de la salud.

En este sentido, el consumo de sustancias no es una excepción. Las creencias y actitudes sobre las drogas en edades tempranas; asÍ como la decisión de consumir en una situación determinada posteriormente, son la base sobre la que se sustenta un problema futuro de adicción a sustancias psicotrópicas.

La motivación por la adopción de comportamientos saludables y la facilidad de acceso a la información, así como la confianza en ésta, son los principales pilares de la promoción de la salud. Por esto, la información sobre las adicciones y la salud en general, tiene cada día una relevancia mayor como instrumento de cambio de comportamientos saludables. La información a través de internet sobre salud es una de las revoluciones que se está viviendo en este ámbito.

El ciudadano es cada vez menos un mero receptor pasivo de la información sobre la salud, y realiza una gestión de ésta para conformar y formarse una nueva opinión al respecto. La personalización de la información sobre la salud y los hábitos

1. Juan del Pozo Irribarría. Jefe de servicio de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. La Rioja
Correspondencia: Juan del Pozo. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Servicio de Drogodependencias. C/ Gran Vía nº18, 8ª planta. C.P 26071. Logroño. La Rioja. www.drojnet.eu
E-mail: juan.delpozo@larioja.org

de vida en especial, y la adopción de una actitud activa por parte del usuario, son las claves de un nuevo paradigma de la información y comunicación en salud.

En este nuevo paradigma, son centrales las nuevas tecnologías de información y la comunicación como herramientas que están acelerando este proceso, e incluso provocándolo o creándolo en muchos casos.

Una información relativa a las drogas y sus peligros, que nos ocupa ahora, es necesario adaptarla a los posibles grupos diana que reciben la información, y personalizarla en función de diferentes parámetros, tales como la situación de riesgo de consumo, el sexo, la edad, entre otros.

Por otro lado, debemos de poder garantizar a los usuarios que la información recibida sea de calidad. Solo así podremos aumentar la probabilidad de adoptar conductas de auto-cuidado.

En este sentido, Internet y el teléfono móvil proporcionan un medio de comunicación que se adapta perfectamente a estos nuevos requerimientos de la información preventiva sobre adicciones: son sistemas de comunicación fiable, interactiva y, accesible para una gran mayoría de la población

En este contexto, las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) y sus aplicaciones son consideradas como la respuesta potencial a la demanda de una sociedad avanzada que construye su propio valor de la salud y no asume fácilmente dogmas o imposiciones bajo presupuestos paternalistas o justificadas en la ignorancia del ciudadano.

La construcción de la salud como valor central en los jóvenes y la población en general, se apoya cada vez más en la propia elaboración de sus pautas de cuidados personales y, lo que es mas importante, de los riesgos que se quieren asumir en relación a los hábitos de vida, y la utilización de drogas que nos ocupa aquí.

Las características potenciales de las TIC, entre las que podemos citar a modo de ejemplo la actualización de la información, la adaptación y personalización de la misma, proporcionan una información sobre las drogas y las consecuencias de su consumo, accesible y de calidad contrastable, lo que favorece considerablemente la posibilidad de que el usuario disponga de las herramientas necesarias para responsabilizarse del cuidado y mantenimiento de su salud.

Además, las recientes innovaciones en el sector de las TIC (internet, telefonía móvil) tienen la capacidad de apoyar la promoción de la gestión de la salud por parte del propio individuo. Por otra parte, se puede asegurar la permanente disponibilidad de las herramientas y de los canales de comunicaciones necesarios para apoyar dicha promoción.

Sin embargo, a pesar del creciente interés en la adopción y puesta en práctica de las TIC en el sector de salud, en el apartado de las adicciones es una herramienta sin utilización, como ocurre en la salud pública en general. Por otro lado, existe una enorme carencia de teorías y modelos que definan cómo el uso de dichas tecnologías puede ayudar al usuario de las mismas a cambiar sus estilos de vida y en particular las actitudes y comportamientos en relación con el uso y consumo de drogas.

La salud pública y la psicología de la salud han estudiado con profundidad los determinantes para la adopción de comportamientos saludables y las estrategias para favorecer estos comportamientos. Me refiero a la comunicación persuasiva, el concepto de competencia individual, la influencia del grupo en la adopción de comportamientos de salud u otros temas. Pero no existen modelos que aporten luz sobre qué marco de comunicación se ha de tener en cuenta para proveer esta información a través del uso de las TIC.

Por ejemplo: no comprendemos qué impacto tiene en un joven la recepción de información sobre las drogas en su teléfono móvil, qué impacto genera un mensaje de advertencia, un consejo o una simple información. O cuestiones tan importantes como qué impacto puede tener la difusión de mensajes, sobre drogas y salud en general, entre receptores de los mismos y grupos de iguales, a través de las TIC.

Actualmente no existe ningún modelo integrado que incluya un conjunto suficientemente amplio de factores que permitan comprender cómo un usuario puede utilizar las TIC para modificar su estilo de vida.

La investigación en psicología de la salud y en especial en adicciones llevada a cabo para entender la promoción de la salud entre la población y el cambio de hábitos de vida, se apoya en modelos como: el Modelo de Creencias de Salud (Becker ,1974ª, b, c, d,; Janz y Becker 1984; Maiman y Becker, 1974; Rosenstock, 1974), Teoría de la acción razonada (Fishbein y Azjen, 1975), el Modelo Transteórico del comportamiento en salud ((Prochaska, J. O., and Velicer, W.F., (1997), Teoría Social cognitiva (Bandura, 1977, 1982), la Teoría del Comportamiento Planificado (Azjen, 1991), entre otros.

Estas teorías tratan de explicar el comportamiento sobre la salud y el cambio sobre el mismo centrándose en el individuo. Tratan de explicar cómo proporcionar información en modos y tiempos concretos para conseguir aumentar la probabilidad de los cambios deseados en el comportamiento de salud.

Sin embargo, el conocimiento del porqué y cómo los usuarios harían uso de una plataforma TIC, con el fin de realizar un cambio en su actitud frente a la salud está empezando a ser objeto de estudio. El uso de Internet o de dispositivos portátiles de comunicación (teléfono móvil), para dejar de fumar, para retrasar el inicio del consumo de drogas, o para reducir riesgos y daños por consumo de drogas, entre otras

cuestiones, es justamente el propósito de diversos proyectos que se están realizando para profundizar en esta cuestión (Del Pozo, J., Ferreras, M., Pérez, L., 2008).

Existen diversos modelos que han intentado arrojar luz sobre los determinantes para la adopción de innovaciones en general y de tecnología en particular (Teoría de Difusión de Innovaciones de Rogers, E.M.:1962, 1976,1986), o el Modelo de Aceptación Tecnológica (Davis et al., 1989; Legris et al., 2003). Sin embargo, dichos modelos sólo explican qué variables determinan el uso de las nuevas tecnologías para la realización de tareas laborales (es decir, programas informáticos fundamentalmente).

Pero, hasta el momento ninguna teoría relaciona el uso de las tecnologías de la comunicación e información para el cambio de hábitos concretos de la salud, entre ellos el consumo de drogas.

En general, parece que en los individuos, y los jóvenes en particular, el interés en usar estas tecnologías es muy alto, pero no con una intencionalidad de ser usado como medio para cambiar ningún comportamiento relacionado con la salud y el consumo de drogas. Estas son algunas de las primeras conclusiones de los estudios al respecto (Del Pozo, J., Ferreras, M., Pérez, L., 2008). Sin embargo, la aceptación de las mismas para estos fines es alta, por lo que las posibilidades de su utilización para la salud parece prometedor.

POSIBLIDADES DE LA UTILIZACIÓN DE LOS MENSAJES CORTOS (SMS) DE TELEFONO MÓVIL PARA LA INFORMACIÓN SOBRE DROGAS: SU POTENCIALIDAD PREVENTIVA.

Los datos de penetración de la telefonía móvil en estos años ponen claramente de manifiesto que este modo de comunicación tiene un lugar preferente en la cultural mundial. En 2004 en la UE nueve de cada diez personas poseen un teléfono móvil (un 93,4% de penetración). Y entre los jóvenes en particular, el índice de uso es del 77,5%.

El uso de las nuevas formas de comunicación, en especial el teléfono móvil e Internet, para la educación para la salud y en particular para la prevención de las adicciones, está justificada por la creciente utilización de estos medios de comunicación entre los jóvenes. La alta penetración de la utilización del móvil entre la población juvenil, y su significación como instrumento de cohesión de grupo, como elemento vinculado a la identidad del joven y como herramienta de comunicación personalizada por cada usuario, hacen prometedoras las posibilidades de introducir estos sistemas de comunicación para la información sobre adicciones.

Como ha puesto de manifiesto Castells., M. (2006) la sociología del uso del teléfono móvil entre los jóvenes (y la población en general) está modificando la percepción tradicional de los instrumentos de comunicación tradicionales , tales como la televisión, el cine, incluso los periódicos. Cada vez es más significativo el interés de los jóvenes en construir sus propios mensajes, sus propias reglas de comunicación, de modo que la interactividad está tomando una fuerza cada vez mayor.

La comunicación móvil y la cultura juvenil han confluido en sus intereses, por así decirlo, a la hora de ser un binomio que se complementa en sus características y estructura dinámica. Es conocido cómo el uso, especialmente juvenil, los sms (short message service) fue algo imprevisto por los creadores de esta tecnología, y fueron los propios jóvenes los que descubrieron el uso como instrumento de comunicación masivo. Este hecho no puede ser explicado sino es por ciertas condiciones de la comunicación por mensaje corto que expondremos mas adelante, que se adaptaron perfectamente a las necesidades comunicativas de los jóvenes, de tal modo que llega en nuestros días a ser más que en mero sistema de comunicación.

Nos encontramos entonces con que el uso que hacen los jóvenes del teléfono móvil, puede tener unas características que la diferencian de cualquier otro sistema de comunicación: es un sistema de comunicación personal y de carácter privado. En las edades que comprenden la adolescencia, el móvil adquiere un sentido cada vez más práctico e instrumental, y a la vez, como elemento expresivo-afectivo. De hecho pasa ser un elemento esencial en la construcción de redes sociales y el mantenimiento de las mismas.

Sin embargo, a pesar de esto, las posibilidades de la utilización de los dispositivos móviles de comunicación para otros fines que no son los propios de la amistad, las relaciones, el juego y el entretenimiento, son una verdadera incógnita. En la medida que la información que van a recibir interesa al adolescente y el joven, y la solicita voluntariamente, la utilización del móvil con instrumento de prevención-información sobre drogas es muy interesante como una nueva vía de personalización de la información sobre drogas, con una alta ubicuidad respecto a la cercanía a temporo-espacial de las situaciones de riesgo.

CONDICIONES PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS MENSAJES CORTOS (SMS) COMO SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS

En general, la información preventiva sobre drogas a través de teléfono móvil, en particular el sms (mensaje de texto) o el mms (mensaje de imágenes), debe considerarse un sistema complementario a los sistemas tradicionales de información a través de programas preventivos en el medio escolar u otros medios(familiar, laboral …). Si bien, es verdad, que es posible que pueda tener potencialidades pre-

ventivas por si mismo, en función de los parámetros que van definir el objetivo de la información. Pero esta cuestión, es no es bien conocida hasta el momento.

Los estudios realizados con un nivel de rigor aceptable por su soporte metodológico (Del Pozo, J. Ferreras, M. Pérez, L, 2008), llegan a sentar los principios sobre los que se debe a apoyar la utilización de las TIC, en especial, el uso del teléfono móvil, para la información y prevención sobre drogas. Estos son:

1. A corto plazo, es decir en lapsos temporales inferiores a un año, en envío de mensajes cortos informativos sobre drogas y sus riesgos, no ha mostrado un efecto claro sobre la intención de consumo. Se recomienda lapsos temporales más amplios de envío de mensajes.

2. La percepción de riesgo por consumir en relación al consumo abusivo de alcohol si parece modificarse, sin embargo no en otro tipo de drogas, ni en consumos ocasionales. Parece que el envío de mensajes sobre una droga en particular refuerza el impacto de los mensajes, en mayor medida que si se envían de diferentes tipos de sustancias.
   Es decir, la percepción del riesgo y la intención de consumo, que pueden moderar comportamientos futuros de consumo y de adopción de conductas arriesgadas para la salud., no presentan modificaciones en este laso temporal de un año. Si embargo, parece que pudiera tener un efecto positivo en lapsos temporales más amplios.
   Una cuestión relevante sobre el impacto en la percepción del riesgo de consumir es que, cuando se trata de consumos frecuentes, la percepción de riesgo inicial es alta entre la población en general. Se trata por tanto de valores difíciles de aumentar en si mismos. No así en aquellos que tuvieran una percepción del riesgo inicial baja.

3. El sistema de información mediante plataforma de envío de mensajes cortos a jóvenes, voluntariamente aceptado por ellos, es un medio bien aceptado y valorado por los adolescentes. Este hecho tienen una especial relevancia dado el carácter privado que se le otorga al uso del móvil por parte de lo jóvenes. De algún modo parece que en ciertas condiciones puede ser usado como instrumento de información sobre drogas (extensible a otros temas de salud). De hecho, el deseo de seguir recibiendo mensajes tras un período de envío de un año es superior el 50%.

4. La percepción subjetiva de encontrarse bien informado sobre las drogas, aumenta notablemente con e envío de mensajes.

5. Existe un riesgo con la información a través de teléfono móvil, y es la saturación del receptor de los mismos. Por ello, las condiciones de envío de los mensajes, el formato de los mensajes, las condiciones del envío en relación

con la frecuencia y las horas de envío, entre otros factores, parecen de vital importancia para evitar la citada saturación. Dentro de una estrategia de educación para la salud, es de vital importancia mantener el interés del adolescente por conseguir una información veraz. En esta línea, deben estudiarse con mayor profundidad los parámetros idóneos (contenido, forma y otras variables) para conseguir el mayor impacto preventivo de los mensajes.

6. La difusión de los mensajes a través de los comentarios entre los iguales es uno de los puntos de mayor interés del sistema del sistema de información a través de dispositivos portátiles de comunicación. La investigación de campo ha mostrado (Del Pozo, J. Ferreras, M. Pérez, L, 2008) que los mensajes han sido ampliamente comentados entre iguales. También se produce una difusión de mensajes que han sido leídos y comentados con padres y hermanos. Introducir el consumo como tema de conversación es en sí mismo un elemento positivo: el alcohol, por ejemplo, está muy presente en el mundo del adolescente. En cambio, no es habitual hablar de sus consecuencias y de sus riesgos entre los iguales ni en la familia con los métodos tradicionales de información y prevención.
   Por lo tanto podemos hablar de un efecto amplificador de la información que no tiene parangón con ningún otro programa de prevención e información sobre drogas al uso. Los mensajes y sus contenidos traspasan la esfera de lo individual para pasar a ser un mensaje de grupo de iguales. Los fenómenos que se derivan de este comportamiento no podemos nada mas que intuirlos, ya que aunque en principio es un fenómeno que produce una mayor «resonancia» de los mensajes sobre drogas, puede ser que la citada resonancia pueda ser de carácter positiva como negativa.
   Es decir, el mensaje que es amplificado por su interés, curiosidad o novedad de la información, verá de inmediato amplificado de modo exponencial la cantidad de receptores de los mismos así como el posible impacto preventivo. Sin embargo, en el caso contrario, es decir, si la amplificación se produce por otros factores que devalúan el mensaje, como la poca credibilidad de la información, la inexactitud, la exageración de los mensajes, la fiabilidad y confianza en la fuente de información, entre otros, la amplificación destruirá rápidamente el mensaje preventivo y su propósito informativo.

7. La ubicuidad de este medio de comunicación es su gran fortaleza: el mensaje es llevado hasta el corazón del contexto espacio-temporal y social del destinatario. En este sentido, la hora de envío es un concepto clave para seleccionar los interlocutores probables de la difusión del mensaje: un mensaje recibido en horario de comidas será posiblemente comentado con los familiares; un mensaje recibido en horas de salida con los amigos, como ha sido el caso en este estudio, será más probablemente comentado con los iguales. El momento de recepción de los mensajes, sin duda, debe ser adaptado a cada contexto, en función de los deseos de los receptores de

los mismos. En general, si el contexto de envío es vincular al ocio nocturno los mensajes, es preferible enviar antes de estar en la situación de ocio. Los mensajes que se reciben en contextos en los que ya se realiza el acto de consumo de alcohol, cánnabis u otras drogas, automáticamente pasan a no tener ningún valor preventivo. En ese caso, pudieran tener mucho mayor impacto los mensajes de reducción de daños.

Entre las características a tener en cuenta a la hora de elaborar los mensajes sobre información en drogas, se pueden citar:

- En su contenido, son más efectivas las preguntas que las respuestas, con la idea de fomentar la búsqueda de información más que el suministro pasivo de la misma.

- Como ya se ha indicado antes, parece más eficaz centrarse en una droga en cada tanda de envíos, y no incluir diferentes drogas.

- Un contenido elaborado por otros adolescentes, en vez de profesionales sanitarios puede ser mejor aceptado. En efecto, elimina la desconfianza hacia el adulto, facilita la identificación con el mensaje, y favorece un papel más activo del receptor, al considerarse «igual» que el emisor.

- Incluir imágenes es recomendado siempre que sea posible. La inclusión de imágenes mantiene la atención por el canal visual de comunicación, y actúa como complementario a la lectura de mensajes. Además, la utilización de imágenes aumenta las posibilidades de informar visualmente, por ejemplo mediante la presentación de sustancias nuevas, o imágenes impactantes.

En conclusión, el sistema de envío de mensajes preventivos-informativos sobre drogas, es una vía de comunicación bien recibida por los adolescentes. El envío de mensajes debe ser mejorado para mantener la satisfacción del usuario en el transcurso del tiempo, si se quiere evitar una disminución del interés por la información sobre las drogas, y para conseguir sus fines preventivos. En este sentido se debe seguir investigando sobre cómo conseguir un alto Interés por parte de los jóvenes por este sistema de información.

Como se dijo en otro lugar, es posible que este sistema de envío de información sobre drogas, no pueda sustituir a otros que se imparten en el aula (programas estructurados, charlas,…), tanto por su formato de comunicación como por la aceptabilidad como método permanente de información. Parece que más bien, puede ser complemento de aquellos.

En efecto, los usos iniciales del envío de mensajes cortos para la prevención-información sobre drogas, pueden cumplir un papel importante como sistema complementario a los tradicionales sobre prevención (especialmente en el medio

educativo). Una utilidad especialmente indicada del este sistema de información es alargar el efecto protector de los programas preventivos estructurados en el tiempo. Ahora bien, este extremo debe ser contrastado.

Por otro lado, no tenemos que cerrar las puertas a que la extensión y las utilidades de los sistemas de comunicación móvil, y el envío de mensajes en particular (ya sea de texto como de imágenes, y de video), permitan un desarrollo de la prevención-información sobre drogas que pueda tener una entidad propia diferenciada de otros métodos de prevención. La evidencia nos está poniendo cada vez más ante las limitaciones de la prevención sobre drogas mediante los métodos tradicionales.

Lo que está ocurriendo es que los canales y sistemas de comunicación para los jóvenes, desde hace unos años, se están personalizando y se están trasladando hacia las nuevas tecnologías de la comunicación e información. Pero todo esto que está ocurriendo, tiene un largo recorrido hasta que la utilidad de la información sanitaria y sobre drogas en particular por el móvil pueda ser utilizada de modo generalizado.

El diseño sistemas sanitarios centrados en el paciente, que trate sus necesidades y que acerque los recursos de información y control de su salud y de sus propias patologías es le reto de futuro de las nuevas planificaciones de recursos sanitarios. Desde la Salud Pública, la información sobre drogas, deberá permitir que los sistemas de auto-cuidado de la salud, se acerquen al ciudadano mediante la transmisión de la información relevante para la gestión de su salud. Todo ello reportará, sin duda, una mejora de resultados de la salud y los resultados económicos en contención del gasto y mejor gestión de los recursos.

Es importante es que los responsables políticos, los gestores, los profesionales del cuidado de la salud y las instituciones que representan a los pacientes, entiendan el valor del cuidado de la salud centrado en el paciente.

La información para el cuidado de la salud necesita personalizarse, acercarse cada vez más a los ciudadanos, y debe adaptarse a las necesidades y a las características específicas de cada individuo; de modo que se pueda conseguir una mayor implicación con el cuidado de su salud.

Una focalización más profunda en los individuos como gestores de su propia salud es el cambio que pueden aportar las nuevas tecnologías de la Información y comunicación. Esto significa un cambio profundo de los sistemas sanitarios desde un acercamiento paternalista, en el cual el paciente es receptor pasivo de la información sanitaria y su curación recae sobre el sanitario.

El ciudadano demanda cada vez más información sobre su salud, una información clara, correcta, relevante y oportuna para poder tomar decisiones sobre ella y de esta manera asumir la responsabilidad sobre sus cuidados.

Bibliografía

AZJEN, I., AND DRIVER B.L., (1991): Prediction of leisure participation from behavioural, normative, and control beliefs: an application of the theory of planned behaviour. Leisure Science 13:185–204.

BANDURA, A. (1977). SELF-EFFICACY: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review,84, 191-215*.

BANDURA, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37, 122-147.*

BECKER, M. H. (1974a). *The health belief model and illness behaviour.* Health Education Monographs, 2, 409-419.

BECKER, M. H. (1974b). *The health belief model and personal health behaviour.* Health Education Monographs, 2, 324-508.

BECKER, MH (1974c). *The health belief model and personal health behaviour.* Thorofare, N.J: Charles B. Slack.

BECKER, MH (1974d). *The health belief model and sick role behaviour:* Paper presentado en el Symposium on Compliance with Therapeutic Regimens, Hamilton, Ontario, Canadá.

CASTELLS, M., FERNÁNDEZ-ARDÈVOL, M. LINCHUAN QIU, J., SEY, A. (2006): Comunicación Móvil y Sociedad. Ed. Ariel, S.A. Barcelona.

DAVIS, F.D. BAGOZZI, R.P., AND WARSHAW, P.R. (1989): User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models, Management Science 35-8, pp. 982–1003.

Del Pozo, J., Ferreras, M., Pérez, L. (2008): Proyecto DROJNET. Cooperación Interregional Transfronteriza para el desarrollo de un Servicio de Información sobre las Drogas Interactivo y adaptado al Público Joven. Documento Interno de Resultados del Proyecto. Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo.
www.drojnet.eu

Fishbein, M., and Azjen, I., (1975): Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.

Janz, N y Becker, MH (1984), The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11, 1-47.*

Legris, P., Ingham, J., Collerette, P., (2003): Why do people use information technology? A critical review of the technology acceptance model Information and Management 40(3), 1–14.

Maimam, LA y Becker, MH (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monograps, 2, 336-353.*

Prochaska, J. O., and Velicer, W.F., (1997): The Transtheoretical Model of health behaviour change. American Journal of Health Promotion, 12, 38-48.

Rogers, E.M. 1962. Diffusion of innovations. Free Press, New York.

Rogers, E.M. (Ed.) 1976. Communication and development. Sage, Beverly Hills.

Rogers, E.M. 1986. Communication technology: The new media in society, Free Press, New York.

Rosenstock, IM (1974). Historial origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2, 328-335.*

PREVENCIÓN DE DROGAS ON-LINE: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

José Antonio García Del Castillo
María del Carmen Segura Díez

Resumen:

Internet se ha colocado a la cabeza de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, dotando al usuario de un elevado grado de control sobre los contenidos que visita. Particularmente el público joven, acostumbrado a los nuevos lenguajes que construye la red, está reivindicando un cambio de enfoque, no sólo en cuanto a los contenidos que dirigen las estrategias de prevención, sino también una reinterpretación de los formatos tradicionales de estas iniciativas, para adecuarlas al público actual, haciéndolas más atractivas. A través de este trabajo, se analizan las herramientas que nos ofrece Internet al servicio de la prevención del consumo de drogas y se establecen algunas propuestas de futuro, principalmente para regular y acreditar la calidad y pertinencia de los contenidos que nos ofrece la red en el ámbito de las adicciones.

Palabras clave: Adicciones, Internet, jóvenes, prevención.

1. Introducción

Irving Wladawsky apuntaba en la primera jornada de Mundo Internet'98, que mientras que la radio tardó 30 años en llegar a 60 millones de hogares en Estados Unidos, la televisión 15 años y la televisión por cable, 10, la red de Internet lo logró en **sólo tres** años. Esta rápida difusión, ha colocado a Internet a la cabeza de las nuevas tecnologías, y progresivamente, se está convirtiendo en una segunda retina virtual para el ser humano, que nos abre la puerta al mundo o mejor dicho, a un nuevo mundo recién construido, que podemos conquistar a través de la pantalla a golpe de click. No necesitamos levantarnos de la silla para hacerlo, pero se nos exige un papel muy activo, al contrario de lo que en un principio podíamos pensar. Aquí es el usuario el que escoge los contenidos que consume, la cantidad, el tipo, el tiempo, su grado de implicación y su contribución a la ampliación de contenidos o de redes sociales en su universo virtual.

Internet y comunicación son dos términos que parecen asimilarse el uno al otro y quién sabe si algún día llegarán a ser sinónimos. La red se ha convertido

en el medio a través del cual una persona puede mantenerse al corriente de las noticias en todo el mundo, 24 horas al día y en tiempo real. Además, nos brinda la posibilidad de expresar nuestras ideas o participar de las opiniones de otros «internautas». Lo que hace unos años parecía utópico, hoy es una realidad; como la posibilidad de hacer la compra o trabajar en línea desde nuestros hogares, pero también desde el parque o la playa, con la única exigencia de tener un ordenador y la conexión a un módem.

Las empresas, conscientes de las posibilidades de difusión que les ofrece la red, también se han posicionado de forma potente en este medio, y la publicidad, siempre a la caza de nuevas tendencias, ha visto en Internet nuevas estrategias de hacer llegar el mensaje al consumidor, rompiendo la barrera de los medios tradicionales. En este sentido, el ciberespacio se ha convertido en un buen aliado de productos como el tabaco o las bebidas alcohólicas, que poco a poco han sido desplazados de otros formatos publicitarios y que encuentran en la red, un excelente medio para captar el interés de un público amplio. Los anunciantes tienen muy claro el perfil del consumidor potencial de la marca y las características que les brinda Internet, como el anonimato de los usuarios, la facilidad de acceso, el atractivo de la página, la posibilidad de acceder a zonas de descarga de juegos e imágenes, o la participación en promociones, sorteos o actividades patrocinadas por la marca, como eventos deportivos o conciertos. Todas estas razones son más que suficientes para atraer a un público infantil y/o juvenil, que de forma inconsciente puede acabar por asociar positivamente marcas de cigarrillos o de cerveza, por ejemplo, a momentos de ocio y diversión, y adoptar prematuramente pautas de consumo nocivas para su salud (López–Sánchez y García del Castillo, 2008).

En referencia a esta generación de «ciber-jóvenes» o **«generación @»**, Rifkin (2000) comenta: «Son más terapéuticos que ideológicos, y piensan más con imágenes que con palabras. Aunque su capacidad de construir frases escritas es menor, es mayor la de procesar datos electrónicos. Son menos racionales y más emotivos (…). Pasan tanto tiempo con personajes de ficción (…), como con sus semejantes, e incluso incorporan a su conversación los personajes de ficción y su experiencia con ellos, convirtiéndolos en parte de su propia biografía. Sus mundos tienen menos límites, son más fluidos. Han crecido con el hipertexto, los vínculos de las páginas Web, y los bucles de retroalimentación, tienen una percepción de la realidad más sistemática y participativa que lineal y objetiva. Son capaces de enviar mensajes a la dirección de correo electrónico de alguien, incluso sin conocer su ubicación geográfica, ni preocuparse por ello (…). Tienen poco interés por la historia, pero están obsesionados con el estilo y la moda. Son experimentales y buscan la innovación. Las costumbres, las convenciones y las tradiciones apenas existen en su entorno, siempre acelerado y cambiante».

Por lo tanto, más allá del contenido, se hace necesario revisar los formatos tradicionales de los mensajes preventivos y sus estilos comunicativos, al objeto de

actualizarlos y adecuarlos a un discurso adolescente fuertemente vinculado a una estética visual caracterizada por el dinamismo y la interacción. Además, el formato audiovisual nos ayuda a implicar a la audiencia a través de su participación activa. La evidencia empírica sostiene que los programas de prevención que incluyen componentes dinámicos y participativos son más eficaces que los basados en la mera transmisión de información.

2. Herramientas de Internet al servicio de la prevención

Dicho esto, ¿qué nos aporta el formato on-line para informar y sensibilizar al público joven sobre las consecuencias del consumo de drogas? Una de las características más importantes es quizá el anonimato. Este rasgo nos permite reducir el temor al ridículo o la vergüenza a buscar determinada información sobre sustancias, expresar puntos de vista controvertidos o realizar preguntas censuradas socialmente, de modo que podemos alcanzar segmentos de la población que quizás no captaríamos a través de los canales tradicionales. Tampoco se puede negar que este aspecto reúne las dos caras de la moneda y en el lado negativo, algunos de los problemas que presenta, tienen que ver con la incapacidad para determinar la sinceridad o la veracidad de lo que nos transmite por ejemplo, el usuario de un grupo de discusión o de un foro que puede sobreestimar conscientemente los aspectos positivos de un consumo, o dar una opinión sensacionalista que sea contraria al mensaje preventivo que se trata de ofrecer.

Por otra parte, y como decíamos al comienzo de este trabajo, cada vez son más los usuarios que utilizan Internet como principal medio para informarse o aprender nuevos contenidos. Coincidiendo con Toledo (2001), está claro que si «la información es poder», quien pueda manejar o acceder al mundo de las nuevas tecnologías de la información, dispone, en teoría, de mucho más poder. Poder para tomar decisiones o poder para influir en la toma de decisiones de otros. Y éste es el objetivo último de la prevención en el ámbito de las drogodependencias, dotar de herramientas a los jóvenes que no han tenido contacto con las sustancias, o que se inician en consumos experimentales, para que sean responsables de su conducta respecto a las drogas, y que su toma de decisiones se fundamente en información clara y rigurosa sobre los efectos y consecuencias del consumo.

Si tenemos en cuenta estas premisas, podemos realizar una sucinta revisión de las herramientas y posibilidades que nos ofrece la red y que podemos poner al servicio de la prevención de las adicciones.

2.1. Páginas Web

Como establecen Lacoste y cols. (1999), los programas de prevención con formato de páginas Web aportan información, datos o pautas de actuación introduciendo las siguientes ventajas frente al formato tradicional:

- La cantidad de información a transmitir es ilimitada, tanto en formato texto como con imágenes.

- El usuario puede tomar los datos que precisa en un momento determinado, seleccionando los que sean de su interés.

- Siempre está disponible: no hay días festivos, ni noches, ni vacaciones.

- Es un servicio que se sitúa «al pie» del interesado, en el ordenador de su casa, lo que exige un esfuerzo mínimo.

- Es un medio interactivo, siendo el destinatario final del mensaje también el coautor, pues puede colaborar activamente aportando y/o modificando los contenidos.

- Es el canal de comunicación que usan los jóvenes de hoy y será la forma de comunicación de las próximas generaciones.

La Organización de las Naciones Unidas (2003), dedica una de sus publicaciones a reflexionar sobre el uso de Internet para la prevención del uso indebido de drogas entre los jóvenes y establece una tipología de espacios Web para actividades de prevención, en función su grado de complejidad y sus posibilidades de comunicación con los usuarios; espacios unidimensionales, bidimensionales y tridimensionales.

Espacios Web Unidimensionales

Se trata del formato más cercano a los medios de comunicación tradicionales ya que tiene por objetivo la transmisión de información, como lo haría por ejemplo, un folleto. Lo más característico de este tipo de espacios, es que la corriente de comunicaciones tiene un sentido único, es decir, no entrañan interacción con el usuario. Éste aprende gracias al contenido del espacio Web que se convierte en el único atractivo. Estas estructuras requieren poca programación informática, dado que los esfuerzos se centran en ofertar contenidos novedosos y de calidad, tratando de que el acceso a ellos sea lo más fácil y dinámico posible.

Estos espacios pueden incluir, entre otros, contenidos informativos básicos acerca de la institución que mantiene la página y su trayectoria, información clara y sencilla sobre drogas, información sobre las consecuencias legales del consumo, información sobre eventos preventivos que tengan lugar en la comunidad o a través de la red y cuyo objetivo sea la prevención o la promoción de un estilo de vida saludable, referencias, enlaces y fuentes de información, puntos de contacto con la organización offline, o formularios para la petición de materiales.

Ejemplos:

Plan Nacional sobre Drogas – PNsD
http://www.pnsd.msc.es//
Instituto de Investigación de Drogodependencias – INID
http://inid.umh.es/
Representación Cannábica Navarra
http://www.rcnavarra.org/



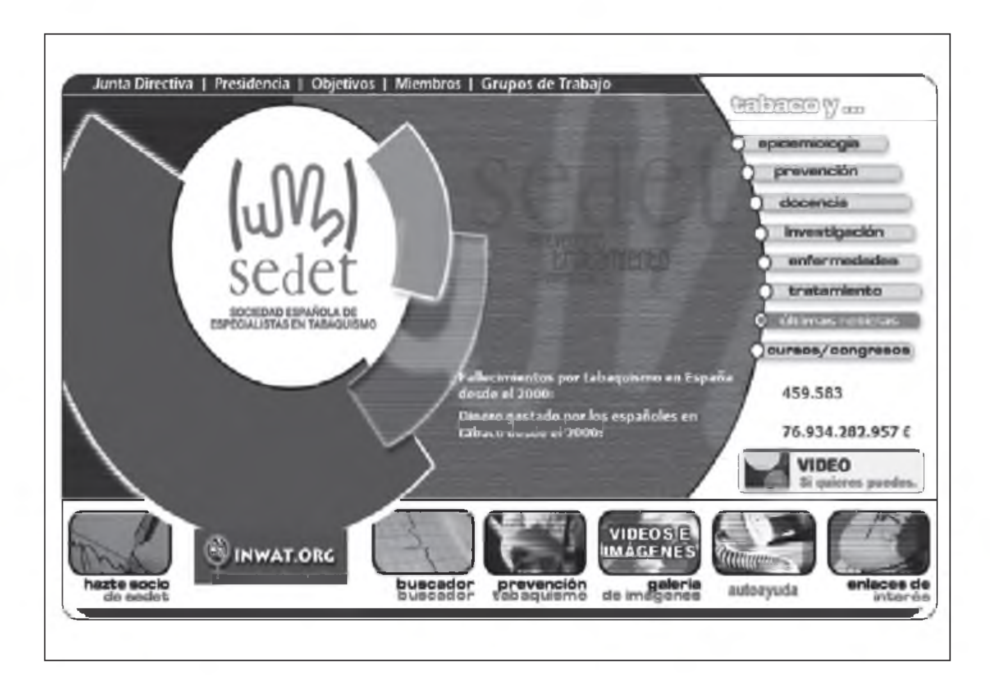
Espacios Web Bidimensionales

Tienen un grado mayor de complejidad, al conseguir una mayor implicación de los usuarios en el intercambio de información. Estos espacios Web permiten la comunicación entre los usuarios y los profesionales de la prevención, y consiguen dotar a la página de un entorno estimulante de aprendizaje, más dinámico aún que en el caso anterior.

Además de incluir los contenidos informativos que exponíamos al hablar de los espacios unidimensionales, permite a los usuarios cumplimentar pruebas de evaluación, participar en cursos de formación on-line sobre drogodependencias, educación para la salud o prevención de enfermedades, jugar en red con aplicaciones que transmiten mensajes preventivos, ofrecer un servicio de consultoría y asesoramiento a los usuarios o incluso, un servicio propio de correo electrónico, que facilite la comunicación con los especialistas de la organización.

Ejemplos:

Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo – SEDET
http://www.sedet.es/sedet/index.html
Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias – FEPAD
http://www.fepad.es/



Espacios Web Tridimensionales

En este último caso, el usuario es además de receptor de información, emisor de conocimientos para los demás usuarios que están participando en red. Los espacios Web tridimensionales promueven canales a través de los que los jóvenes puedan discutir o compartir sus opiniones, experiencias o redes de apoyo con otros usuarios. Esta estructura puede resultar una buena herramienta para favorecer el intercambio de informaciones preventivas entre poblaciones de difícil acceso, por ejemplo, jóvenes en situaciones de riesgo, en un entorno anónimo, seguro y dirigido por profesionales que orienten los debates.

Algunos de los contenidos que pueden albergar estas páginas y que puede marcar la diferencia con los anteriores tipos, son salas de charla o foros de discusión, y zonas de consulta o apoyo dirigidas a otros profesionales o a perfiles de usuarios concretos (familiares, adolescentes, niños, etc.)

Ejemplos:

Instituto para el Estudio de las Adicciones – IEA
http://www.lasdrogas.info/
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción – FAD
http://www.fad.es/Home



2.2. Canales temáticos – Secciones

Los canales temáticos o secciones dentro de un sitio Web nos permiten ajustar los contenidos que se ofertan en las páginas dedicadas a la prevención del consumo de drogas, para adaptarlas a las necesidades informativas de los usuarios y ser más eficientes en el mensaje que queremos transmitir.

Uno de los canales o secciones que tradicionalmente distinguen las Web sobre drogas, es el espacio dedicado a los jóvenes, que trata de ofrecer contenidos atractivos e información básica, acompañada en muchos casos de imágenes, dibujos o diagramas sobre los efectos de las sustancias y las consecuencias de su consumo para el organismo, también recientemente se han incorporado juegos on-line o de descarga, con un trasfondo preventivo.

Otra distinción clásica, es el espacio dedicado a familiares que incluye pautas o consejos para padres en relación al tema de las drogodependencias, la negociación de normas y límites, o bien otras pautas educativas, así como información clara y sencilla sobre las sustancias y cómo detectar su consumo. Actualmente, también se incorporan a esta sección cursos de formación on-line específicos sobre drogas o es-

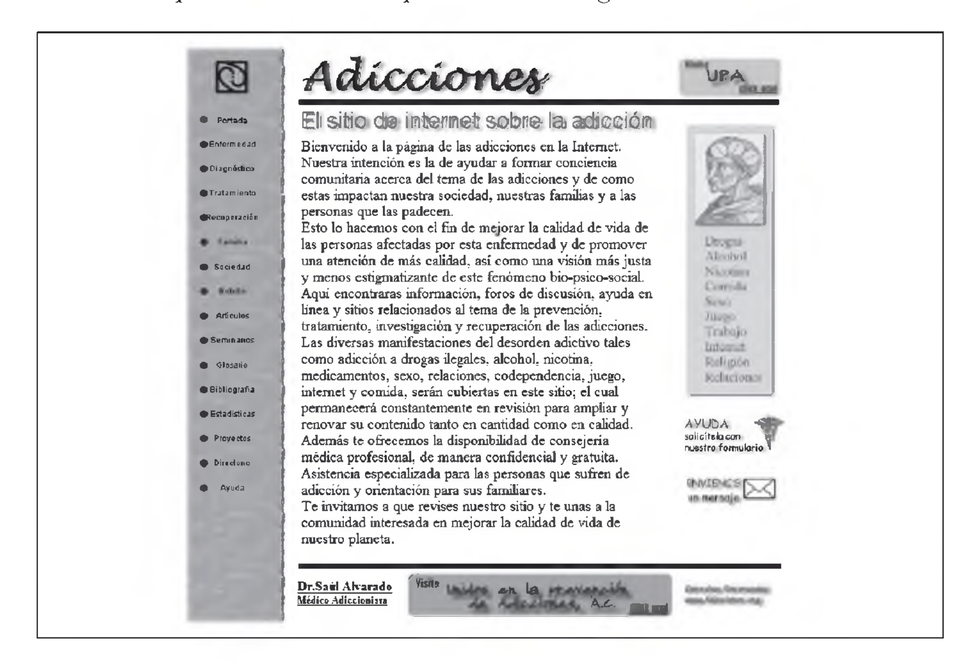
cuelas de padres y, en ocasiones, también se establece un espacio en el que padres o familiares pueden contactar con profesionales o especialistas de distinta índole, para plantearles sus dudas o preguntas sobre el tema de las drogodependencias.

2.3. Directorio de páginas Web relacionadas con el área de adicciones

Se trata de un buen recurso para conocer las direcciones electrónicas de páginas Web relacionadas con el ámbito de las adicciones, que en la mayoría de casos están divididas por país de origen, temática específica, o idioma en el que encontraremos los contenidos. Esto nos sirve para conseguir una panorámica global de qué se está haciendo en el ámbito de la prevención a nivel español e internacional, con distintos niveles de profundidad, e incluso nos permite acceder a iniciativas institucionales, asociaciones, planes autonómicos o locales sobre drogodependencias, o bien programas concretos, lanzados desde institutos de investigación o universidades, que serían difíciles de encontrar a través de los buscadores genéricos que nos ofrece la red.

Ejemplos:

Xarxa Telemàtica Educativa de Catalunya XTEC – Recursos para Prevención de Drogodependencias en INTERNET
http://www.xtec.es/~imarias/lindrog.htm
Adicciones. El sitio de Internet sobre la Adicción
http://www.adicciones.org/directorio/index.html
Cáñamo España – Enlaces Informativos
http://www.canamo–espana.com/catalogo/enlaces.html



2.4. Correo electrónico

Es sin duda una de las aplicaciones más utilizada en Internet. Rescata el espíritu de la carta tradicional, pero con la ventaja de que el mensaje que se envía puede llegar a cualquier lugar del mundo en pocos segundos, además, si el receptor no tiene el ordenador encendido o no ha consultado su cuenta de correo electrónico, el e–mail queda almacenado hasta que el receptor lo atienda y decida darle respuesta. Se puede conseguir una cuenta de correo electrónico de forma gratuita, y actualmente es habitual disponer de más de una, para separar los mensajes de contenido académico o laboral, del correo personal y los mensajes publicitarios o de ocio.

El correo electrónico nos permite comunicar eventos, publicaciones o noticias relacionadas con las drogodependencias y puede servirnos como puerta de entrada para dar a conocer al público las campañas preventivas, facilitando que el usuario acceda a la campaña original a través de un enlace, de forma que pueda decidir cuándo hacerlo o la información que le interesa, todo ello en un formato no invasivo, al que el usuario está muy acostumbrado y en un lenguaje hipertextual y visual que resulta atractivo.

2.5. Listas de distribución/Grupos de noticias

Las listas de distribución son direcciones electrónicas, que permiten la suscripción (gratuita generalmente) de los usuarios, a través de un sencillo registro, en el que debemos señalar nuestra dirección de correo electrónico. ¿Qué obtenemos a cambio? La posibilidad de enviar nuestras aportaciones o comentarios sobre un tema concreto, que serán distribuidos a todas las personas suscritas en esa lista, permitiendo el intercambio de información entre usuarios de todo el mundo, con los que se comparte el interés por el tema de discusión.

Los grupos de noticias nos permiten localizar a otras personas en la red que comparten con nosotros intereses o que trabajan en una misma área, pero a diferencia de las listas de distribución, no nos envían directamente los mensajes de otros suscritos al grupo, sino que nos alertan de que otros usuarios han hecho nuevas aportaciones al tema y nos emplazan a visitar una dirección electrónica que actúa como «pizarra virtual».

Tanto las listas como los grupos necesitan de uno o varios moderadores que supervisen que los mensajes respeten unas ciertas normas, en cuanto a forma y contenido.

En el ámbito de la prevención, las listas y los grupos de notícias nos pueden acercar a otros profesionales que comparten líneas de trabajo, o nos ayudan a conocer experiencias o enfoques distintos desde los que abordar la prevención. Permiten el intercambio de información sobre jornadas, eventos, congresos o actividades en el ámbito de la prevención. También pueden suponer una fuente de información para conocer las novedades legislativas, las nuevas publicaciones o los últimos hallazgos

en investigación, puesta en marcha o evaluación de programas de prevención, y pueden notificarnos las actualizaciones de páginas relacionadas con las drogodependencias cuando se incluyan nuevos contenidos.

Ejemplos:

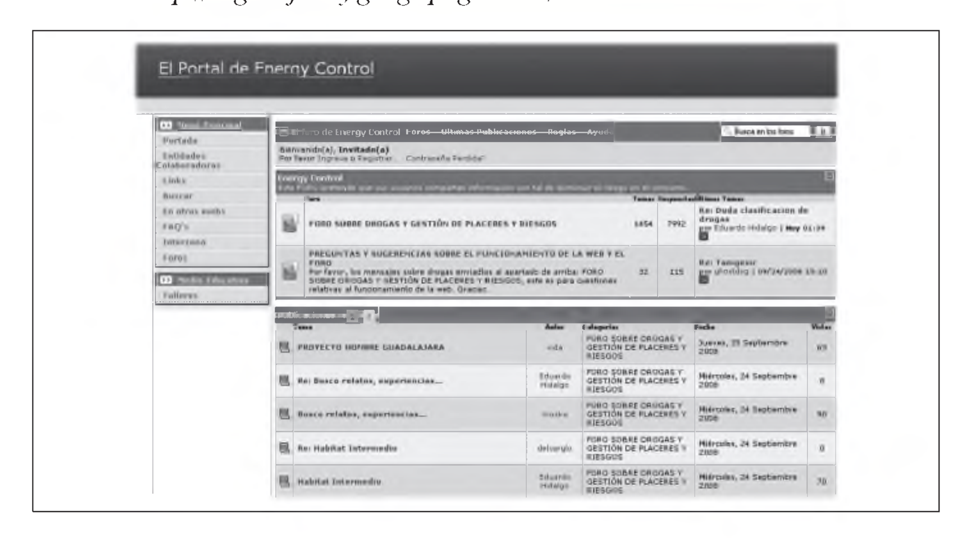
Cpcdat – Comisión de Prevención del Consumo Indebido de Drogas, Alcohol y Tabaco
http://www.listas.utfsm.cl/mailman/listinfo/cpcdat
es.charla.educacion.drogas – Google Grupos
http://groups.google.com.cu/group/es.charla.educacion.drogas/about

2.6. Foros de discusión/Chat

Se trata de espacios virtuales de conversación en Internet a los que pueden unirse tantos usuarios como quieran, previo registro. A diferencia del Chat, en el foro de discusión, la comunicación no tiene lugar en tiempo real, sino que los usuarios responden al último mensaje que aparece, siguiendo la línea de discusión marcada por el primer mensaje que aparece en el foro. Ambas aplicaciones permiten el trabajo en grupo sobre una temática concreta, permitiendo la elaboración de argumentos al ser el lenguaje escrito el elemento que centraliza la interacción entre los participantes de un Chat o de un foro.

Ejemplos:

Energy Control – Foro
www.energycontrol.org/jml/index.php/foros.html
CannabisCafé.net – El mayor foro cannábico de Internet
http://www.cannabiscafe.net/foros/
El Armario de María – Chat
http://cogollojhony.googlepages.com/chat



2.7. Motores de Búsqueda

Suelen formar parte de los sitios Web como complemento. Algunos usos que se les suele otorgar son, por ejemplo, el recopilar información de interés acerca de centros, asociaciones e instituciones relacionadas con las drogodependencias, noticias de actualidad sobre drogodependencias, artículos o revistas científicas o legislación relacionada con el ámbito de las adicciones.

Los motores de búsqueda están constituidos por:

- Una base de datos que almacena la información y la organiza para hacerla más accesible y fácil de recuperar.

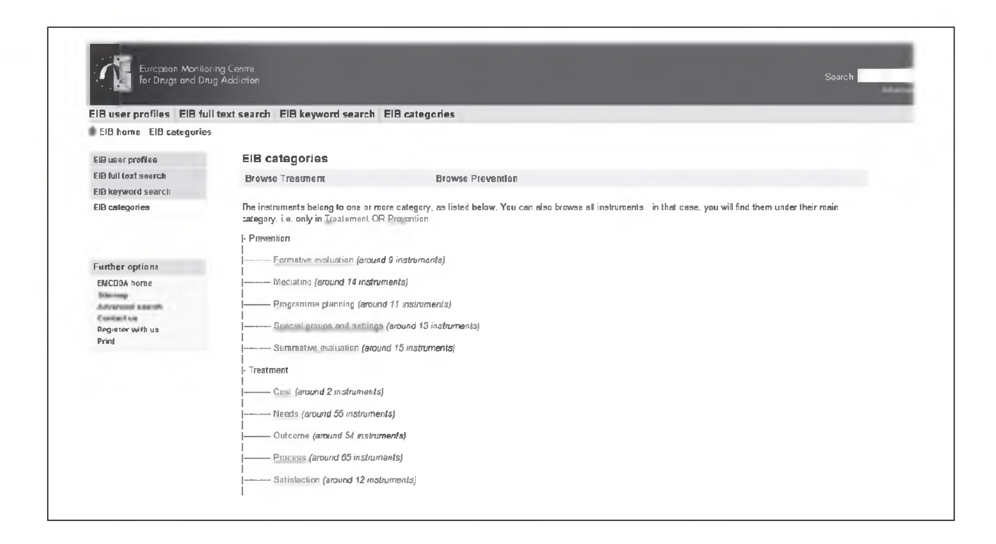
- Un robot que navega por Internet buscando nuevas páginas para incrementar o actualizar la base de datos y eliminar los enlaces «rotos» o las páginas obsoletas.

- Un entorno de usuario que nos permite establecer perfiles de búsqueda para recuperar únicamente la información que responda a los criterios que hemos determinado y nos presente los resultados en orden de pertinencia.

Algunos motores de búsqueda nos ofrecen características que contribuyen a hacer más sencilla la recuperación de los contenidos que buscamos, permitiéndonos utilizar palabras clave, operadores booleanos o seleccionar campos del documento como el país de origen, el idioma, el periodo temporal que abarcará la búsqueda en la base de datos, el autor, etc. Esta estrategia tiene como ventaja el hecho de que nos permite abarcar una gran porción de la información sobre la materia que nos interesa en Internet, aunque en ocasiones resulte difícil acertar con un perfil de búsqueda que nos devuelva un número asequible de resultados, y en ningún caso se nos garantiza la calidad de los documentos recuperados.

Ejemplos:

Drogomedia – Biblioteca Virtual sobre Drogas
http://www.drogomedia.com/bibliotecavirtual.php
Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar social – Base de datos sobre Legislación en materia de drogodependencias
http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/modules/com.opencms.presentacionCIBS/paginas/listado.jsp?listar=true&tipoContenido=/Legislacion/&sector=/Sector/Drogodependencia
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Evaluation Instruments Bank – EIB
http://eib.emcdda.europa.eu/



2.8. Juegos interactivos/educativos

Los profesionales del ámbito de la atención y prevención de los problemas derivados del consumo de drogas, han sabido ver en las estrategias publicitarias como el «advergaming» o los «publijuegos» una buena herramienta para realizar marketing social y promover actitudes y conductas relacionadas con estilos de vida saludables (García del Castillo, Segura y López-Sánchez, 2008). Han sido muchas las instituciones y asociaciones que, con el objetivo de prevenir el consumo de sustancias entre los adolescentes y los jóvenes en edad de riesgo, han apostado por los videojuegos como herramienta para promocionar estilos de vida más saludables, acordes con un consumo responsable.

Sin embargo, la puesta en marcha de estas iniciativas, en ocasiones choca con algunas de estas barreras:

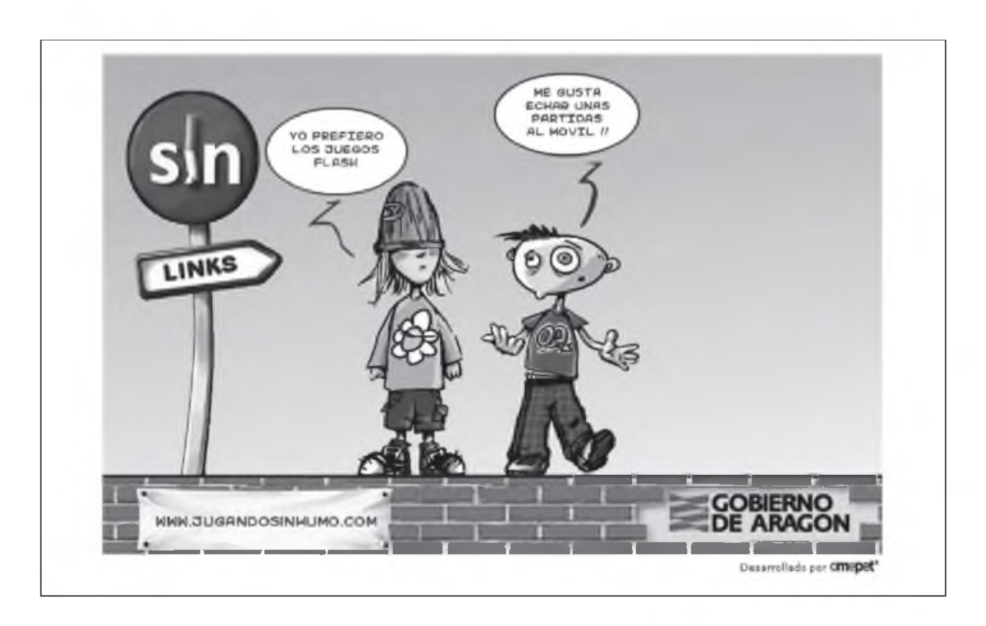
- El rechazo inicial que provocan estas campañas en el público al que se dirigen.
- La dificultad de transmitir la información sin caer en el paternalismo y el proteccionismo que produce la pérdida de credibilidad del mensaje en el público juvenil.
- La dificultad para transmitir de forma efectiva los riesgos a largo plazo, asociados al consumo de una sustancia.

Conocer estas dificultades nos permite dar otro tipo de respuestas que sean capaces de llegar al público de forma efectiva. Respuestas que consigan poner en relieve las consecuencias derivadas del consumo de drogas y, en especial, sus efectos a corto plazo, no sólo a nivel personal, sino social y contextual, dado su papel decisivo en el momento en que el joven ha de posicionarse en el no consumo o el consumo responsable, frente a un uso abusivo de drogas.

La experiencia nos dice que los contenidos narrados desde el paternalismo o la condescendencia no consiguen captar la atención del público, que inmediatamente los codifica como discursos faltos de credibilidad, precisamente porque en muchas ocasiones niegan los «beneficios» que obtiene una persona por el consumo de una determinada sustancia, mostrando tan sólo la cruz de la moneda, ofreciendo por tanto, una visión parcial y subjetiva del fenómeno.

Ejemplos:

Gobierno de Aragón – Jugando sin Humo
http://www.jugandosinhumo.com/index2.php
The National Institute on Drug Abuse – NIDA for teens
http://teens.drugabuse.gov/sarasquest/sqgame.asp
University of Utah. Learn Genetics – Mouse Party
http://learn.genetics.utah.edu/units/addiction/drugs/mouse.cfm
Stella Artois– Le courage
http://www.lecourage–stellaartois.com/
Clan Campbell whisky – Les Nuits des Clans
http://www.lesnuitsdesclans.com/



2.9. Weblogs, blogs o bitácoras

Se trata de sitios Web donde se recopilan cronológicamente los mensajes o «post» de uno o varios autores. En su origen, tenían un formato de diario personal, de ahí la terminología «bitácora», que hacía referencia a los diarios de navegación que recogían los incidentes más señalados que tenían lugar a lo largo de una travesía.

Actualmente podemos encontrar tres tipos de blogs: personales, corporativos y temáticos (Sorli y Merlo, 2003). Los blogs **personales** reflejan las impresiones o las opiniones de un autor o conjunto de autores. Pueden tener una temática concreta o tratar una diversidad de contenidos. En este sentido, son muchos los profesores o especialistas dedicados al ámbito de las adicciones, que cuentan con un blog personal a través del que podemos conocer las líneas de trabajo de un determinado autor e incluso descargar gratuitamente algunos de sus trabajos y publicaciones. A diferencia de estos, los blogs **corporativos** funcionan como boletines informativos tanto para los miembros de la institución que los lanza, como para los usuarios que los visitan. Estos blogs, hacen posible que conozcamos la estructura, funcionamiento o proyectos de trabajo, convocatorias de ayudas a propuestas de investigación o a colectivos concretos, como pueden ser asociaciones que impulsen campañas preventivas, instituciones educativas que busquen implantar programas de prevención en sus centros o bien, pueden aportar información de cara a aquellos usuarios que estén interesados en documentos o publicaciones, editadas por la institución que administra la bitácora en cuestión. Por último, los blogs **temáticos**, como su nombre indica, están centrados en una disciplina o tema concreto. Son conducidos por un administrador que se encarga de coordinar y filtrar la información que le llega, a través de colaboradores formales o informales y publicar, en su caso, los mensajes pertinentes para que los usuarios que visiten el blog puedan enviar sus comentarios, que en muchos casos también están sujetos a la moderación del administrador. Este tipo de blogs permite incorporar puntos de vista distintos sobre una misma línea de discusión, que se vuelve dinámica por la participación y los comentarios de los visitantes o de los usuarios asiduos del blog. Este formato además, nos permite reflexionar con un grado de profundidad y rigor importante sobre cualquier tema, como puede ser el carácter lícito o ilícito de la publicidad de bebidas alcohólicas o de cigarrillos en eventos deportivos y reflejar las nuevas realidades o tendencias en cuanto a consumos o en cuanto a iniciativas preventivas que surjan en la red, con mucha mayor rapidez que en los formatos tradicionales. Si bien, esta estrategia también tiene como inconveniente la dificultad que nos surge a la hora de contrastar las informaciones o los contenidos que se lanzan desde los blogs o de determinar las intenciones de las organizaciones que los impulsan, y que en muchos casos responden a objetivos meramente publicitarios.

Ejemplos:

Personal:

Mujer y Adicciones – Myriam Narvarte Venturo

http://www.lasdrogas.info/blog/?author_name=myriam/

Corporativo:

Escuela de la Droga. Cualquiera puede darte una lección – TAVAD

http://www.tavad.com/blog/

Temático:

De Drogas. Información sobre las drogas y tipos de drogas

http://www.dedrogas.com/



2.10. Enseñanza en Red/Teleformación

Se trata esencialmente de una herramienta de comunicación que apoya el intercambio de información y reflexiones entre estudiantes o profesionales, mediante el intercambio de muchas personas entre sí. Se concibe como soporte para el desarrollo de una inteligencia colectiva y el encuentro de mentes a través de la estructura del sistema. Ésta proporciona un espacio esencial para la comunicación del grupo. En esta línea, todos los miembros del grupo han podido acceder a la lectura del mismo mensaje sobre un tema particular (el consumo de drogas) y elaborar sus propias respuestas (Tirado, Pérez y Aguaded, 2004).

El contacto entre los miembros del grupo carece, generalmente, del feed-back inmediato que proporcionan las expresiones faciales, la comunicación paraverbal o

los esfuerzos por participar de un determinado tema, porque en este caso, toda la atención se focaliza en el mensaje que se transmite y en las construcciones que de él hacen los alumnos. En ocasiones, esto puede dificultar la adecuada comprensión de mensajes que contengan ironías y dobles sentidos, aunque en estos casos son de gran utilidad los emoticonos que marcan la intencionalidad comunicativa del mensaje.

Algunos autores (Tirado, 2002; De Benito y Salinas, 2002) distinguen, al menos tres grandes tipos de modelos de enseñanza a través de redes de comunicación.

Por un lado tendríamos los modelos **magistrales** que nos recuerdan a las clases magistrales en las que un profesor o especialista, se limita a transmitir información a los alumnos. En este tipo de modelos, es habitual que el alumno pueda disponer de ejercicios de auto-evaluación con niveles de dificultad crecientes o bien organizados por temarios, que le proporcionan información sobre su dominio de la asignatura y en otros casos, también le sirven al profesor para conocer el nivel del alumno, su progresión y el grado en que ha trabajado la materia.

Un segundo tipo de modelos son los **participativos**. Estos permiten a los estudiantes comunicarse en tiempo real o en diferido con otros alumnos o profesores, a través de aulas o salas virtuales de Chat o foros, para trabajar contenidos con los compañeros o ser tutorizados por el profesor. Los materiales en este caso están preparados para fomentar la interacción y el debate entre alumnos o la elaboración de preguntas que habrá de contestar el especialista.

Por último, tendríamos los modelos que implican un mayor grado de complejidad: los modelos **generativos**. En ellos se prima que los estudiantes sean los que generen los conocimientos, las alternativas o las soluciones a un determinado problema que se plantee, por ejemplo, la búsqueda de estrategias preventivas que sean incompatibles con el consumo de alcohol los fines de semana.

Estos modelos necesitan la colaboración de un estudiante al menos, que sea capaz de dinamizar el grupo y que pueda recurrir al profesor responsable para apoyarle puntualmente en la moderación de contenidos o la solución de dudas.

Ejemplos:

StopDrog@s
http://www.stopdrogas.net/
Maestría Internacional On-line en Drogodependencias
http://www.unireddrogas.org/



2.11. Webquests

Según señala Dodge (1995), una WebQuest son actividades de grupo que persiguen como objetivo fundamental reunir información acerca de un tema, utilizando únicamente los recursos de la Web. Esta forma de aprendizaje interactivo se realiza en grupos de trabajo pequeños y se pueden utilizar técnicas de resolución de problemas, al igual que hacen algunos programas de prevención de drogas como Barbacana (García-Rodríguez y López-Sánchez, 1998, 2001), una vez compilada la información de la Web y mediante una guía no directiva del responsable de las actividades.

Pérez (En línea, consulta realizada el 15 de junio de 2008), nos indica la metodología a seguir con este tipo de formato, mediante el uso de herramientas y recursos de la red, persiguiendo los siguientes objetivos:

- Fomentar la interactividad, que por otra parte es propia del medio utilizado.
- Promocionar la cooperación, mediante el trabajo de grupo.
- Aprender de forma autodidacta, donde el joven tiene la iniciativa y el profesor o director de la actividad es un mero guía.
- Utilizar materiales fiables, que son contrastados por el profesor o director de la actividad.

Ejemplos:

Antonio García Carrera. IES Mare Nostrum. – Webquest sobre las Drogas
http://www.iesmarenostrum.com.es/filosofia/archivos2/webquestdrogas.html
Manuel Díaz Castro. Centro del Profesorado de Sevilla. Junta de Andalucía – Drogas y Adolescentes: Malos compañeros
http://www.juntadeandalucia.es/averroes/cepsevilla/tablon/wq_sevilla/drogas1.htm

3. Propuestas de actuación

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, las posibilidades que Internet ofrece al campo de la prevención son inmensas, teniendo en cuenta que cada día surgen nuevas propuestas en la red. Sin embargo, esta diversidad de herramientas no ha venido asociada, en la mayoría de casos, a una evaluación (de necesidades, de impacto, de resultados y de proceso) de estas iniciativas que nos indique si estamos dirigiendo nuestros esfuerzos en la dirección adecuada y de qué manera podemos mejorar el trabajo ya realizado, para garantizar unas estrategias y programas de prevención más efectivos, actualizados y atractivos.

Hay que reflexionar seriamente sobre la necesidad de contar con organismos, tanto nacionales como internacionales (agencias nacionales como el Plan Nacional sobre Drogas, institutos de investigación como el Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID), fundaciones como la FAD o la FEPAD o internacionales como el Observatorio Europeo), que puedan acreditar la calidad, fiabilidad y procedencia de los contenidos que se ofertan en la red en relación con las diferentes drogas, para evitar informaciones que promuevan la banalización de su consumo, o la información distorsionada sobre las consecuencias del uso de drogas sobre el organismo. Éste es uno de los problemas más acuciantes en este sistema de información, ya que cualquier usuario medianamente hábil puede encontrar contenidos que se ajusten a sus creencias personales, reforzando informaciones, valores, actitudes y/o puntos de vista completamente alejados de la evidencia científica.

Por otra parte, en muchas de las estrategias on-line, sería factible introducir roles de mediadores sociales amparados en el anonimato que favorece la red, que facilitaran la canalización de la información y la promoción de conductas saludables, así como la calidad de la misma.

Bibliografía

De Benito, B. y Salinas, J. (2002) Webtools: Aplicaciones para sistemas virtuales de formación. En J.I. Aguaded y J. Cabrero, *Educar en la red. Internet como recurso para la educación. Málaga, Ajibe.*

García del Castillo, J.A., Segura, M.C. y López-Sánchez, C. (2008). Jugando con la publicidad: El «advergaming». En J.A. García del Castillo y C. López-Sánchez (comps.). Medios de comunicación, publicidad y adicciones. Madrid: EDAF (en prensa).

García-Rodríguez, J.A. y López-Sánchez, C. (1998). Barbacana 1: Guía Técnica. Alicante: INID.

García-Rodríguez, J.A. y López-Sánchez, C. (2001). Barbacana 2: Guía Técnica. Alicante: INID.

Lacoste, J.A., Megías, E., Tascón, C. y García-Camba, E. (1999) La atención–prevención en drogodependencias a través de Internet. Beneficios y perjuicios. *Encuentros Nacionales sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario.* CPD de Cádiz.

López-Sánchez, C. y García del Castillo, J.A. (2008). Análisis de la publicidad de alcohol desde las teorías del aprendizaje. En J.A. García del Castillo y C. López-Sánchez (comps.). Medios de comunicación, publicidad y adicciones. Madrid: EDAF (en prensa).

ONU (2003) *Internet. Utilización de Internet para la prevención del uso indebido de drogas.* Nueva York, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Pérez (En línea, consulta realizada el 15 de junio de 2008: http://www.google.es/search?hl=es&cr=countryES&q=Problemas+de+la+informacion+sobre+drogas+a+atrav%C3%A9s+de+Internet&start=20&sa=N)

Rifkin, J. (2000) *La era del acceso. La revolución de la nueva economía.* Barcelona, Paidós.

Sorli, A. y Merlo, J.A. (2003) Weblogs: Un recurso para los profesionales de la información. *Revista Española de Documentación Científica*, 26, 2.

Tirado, R. (2002) *Los entornos virtuales de aprendizaje. Bases para una didáctica del conocimiento.* Granada, Grupo Editorial Universitario.

Tirado, R., Pérez, M. y Aguaded, J.I. (2004) *El proyecto StopDrog@s: La teleformación como espacio intercultural para la prevención del consumo problemático de drogas en los entornos universitarios.* Barcelona, EDUTEC 2004.

Toledo, J. (2001) Tabaquismo y nuevas tecnologías de la información. *Prevención del Tabaquismo,* 3 (2).

PREVENCIÓN, COMUNICACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS: ASPECTOS PSICOLÓGICOS ENTRE JÓVENES UNIVERSITARIOS

UBALDO CUESTA CAMBRA
TANIA MENÉNDEZ HEVIA

Resumen

Los autores analizan la evolución de los recientes modelos de la comunicación social basados en las teorías de la planificación estratégica y sus aplicaciones a la prevención y la promoción de la salud. Basándose en este análisis y en los resultados de una investigación cualitativa desarrollada entre jóvenes universitarios, sugieren la posibilidad de que se esté produciendo un «cambio de paradigma» en los modelos de comunicación social y prevención, especialmente aplicable al empleo de nuevas tecnologías en el ámbito juvenil. En este nuevo paradigma, el esquema ya no es «estímulo/campaña ➟ grupo social ➟ respuesta/efectos», sino que los términos se invierten («the user revolution») siendo ahora «respuesta/estímulo/campaña (*usites*) ➟ grupos de iguales (*communitainment*) ➟ otros efectos (*aprendizaje cooperativo*)». A continuación los autores describen los conceptos más relevantes de la Web 2.0 que pueden ser aplicados a este nuevo paradigma en prevención y salud entre jóvenes, con especial atención a los *wikis, blogs, podcast* y *videoblogs o vblogs.* Concluyen que, en este paradigma, es el propio usuario el receptor del mensaje preventivo (es decir, el joven), el que debe crear la campaña (con su propio lenguaje audiovisual) y también distribuirla mediante sus propias redes sociales.

Palabras clave: Web 2.0, usites, revolución del usuario, microcontenidos, nueva narrativa, aprendizaje cooperativo de la salud.

Pasado y presente de la prevención

El ámbito de la prevención ha sufrido una fuerte evolución en los últimos años, no sólo en España, sino en toda la comunidad sanitaria occidental. Esta evolución obedece a razones **sociopolíticas**, pero también **científicas**.

Las razones sociopolíticas:

1. Definición «oficial» del concepto salud: a partir de la declaración de Alma Alta de 1978, la comunidad científica y los agentes sociales trabajan sobre un nuevo modelo de salud que dará lugar al *modelo de promoción de la salud* auspiciado por la OMS en 1986 donde no sólo se define la salud como «el bienestar físico y social de las personas», sino que, desde esta perspectiva

holística, donde la salud se percibe como un derecho humano fundamental, se promocionan los conceptos de promoción para la salud, salud pública, atención primaria de la salud, prevención de la enfermedad y educación para la salud. Todo ello quedó patente en la Declaración de Yakarta (World Health Organization, 1997).

2. Mayor disponibilidad de recursos económicos: es evidente que de nada serviría una declaración de intenciones como la anterior si las sociedades occidentales no dispusieran de recursos económicos para desarrollar las estrategias que implican tal concepto de salud. Como veremos más adelante, el nuevo paradigma que se plantea en el ámbito de la prevención entre jóvenes, únicamente tiene sentido en sociedades «opulentas», con posibilidades para disponer de unos recursos (humanos, tecnológicos, culturales y de estructuras socio–sanitarias) capaces de soportar la aplicación de este nuevo paradigma.

3. Concienciación de las autoridades de la rentabilidad económica y social de la prevención. Una sociedad altamente organizada y eficiente como la nuestra es capaz de detectar las «oportunidades». Las autoridades políticas (incluidas las sanitarias) se han dado cuenta de la alta rentabilidad de la aplicación de este *modelo de salud pública* o modelo de *promoción de la salud*. Rentabilidad no sólo en términos electorales y económicos (extraordinariamente importantes para medir las decisiones) sino también en términos de bienestar social.

4. Nuevos estilos de vida y de consumo: vivimos una sociedad postmoderna caracterizada por un renovado interés por la construcción simbólica de los cuerpos. Cuerpos culturistas, juveniles, sexys, atractivos, sanos, modernos… Foucault argumentaba la existencia de tecnologías específicas de poder y regulación que operaban en el cuerpo y a través de él para dividir, clasificar e inscribir el cuerpo de diferentes maneras. Por eso Balsamo (1966) decía que el cuerpo es una producción social. Lipovetsky (2006) lo explica bien: nada interesa más ahora que un cuerpo sano, diseñado a medida y educado a nuestro antojo.

Las razones científicas:

1. Evolución de los modelos y técnicas de comunicación: Los modelos iniciales se apoyaban en un planteamiento derivado del conductismo social de autores como Skinner. En el ámbito de la comunicación lo desarrollan autores como Laswell o Lazarsfell. El modelo era: E ➠ O ➠ R: crear el mensaje (E) enviarlo por diferentes canales al target (O) y provocar el efecto deseado (R).

La aplicación a los programas de comunicación del modelo anterior al ámbito de la prevención se plasmaban en diseños de este tipo: las instituciones/autoridades

identificaban un problema de salud pública, diseñaban un mensaje en colaboración con los expertos y lo emitían a través de los medios de comunicación.

Sin embargo, los modelos recientes de la comunicación social se apoyan en un planteamiento derivado de las teorías neocognitivas, desarrollados por autores como Petty, Cacioppo y, en un enfoque más aplicado, por autores como Joyce, T. (1991).

El esquema ahora es: E ↔S ↔R

Es decir, se produce una «Interacción Triádica Recíproca» entre las tres instancias siendo el protagonista el sujeto, capaz de elaborar y re-elaborar la información para actuar dinámicamente sobre el propio mensaje (E) y el efecto (R).

Hoy en día, la aplicación a los programas de prevención del modelo anterior implica que las instituciones/autoridades sanitarias identifican un problema y para diseñar el mensaje realizan «investigaciones de mercado», analizando las motivaciones del target (la población diana) y sus gustos. Una vez diseñada la creatividad en base a lo anterior, ésta es de nuevo investigada (test de ideas o conceptos), así como la realización de la campaña (pre-test). Finalmente se emite la campaña y se investigan sus efectos (test de evaluación de la eficacia).

A todo este proceso se le denomina: «planificación estratégica y creatividad».

2. Evolución de los modelos de prevención: se ha evolucionado de modelos basados en estrategias informativas a otros basados en estrategias de educación afectiva. Posteriormente se ha evolucionado a estrategias de generación de alternativas y aprendizajes de competencias. Recientemente se han incorporado las estrategias de control/protección y diseño ambiental.

El futuro de la prevención

En otro lugar (Cuesta, Ugarte y Menéndez, 2008) decíamos: «… el estrepitoso fracaso de los programas de comunicación social y salud contemporáneos. Son cientos de millones de euros, o dólares, los que se emplean en programas de salud pública con resultados nulos: programas de la Dirección General de Tráfico (DGT), de seguridad vial, antitabaco, contra las drogas, de salud dental o hábitos dietéticos, programas contra el SIDA…» (p. 20).

Recientemente (Mayo/Junio 2008) el equipo de investigación de comunicación y salud de la Universidad Complutense, realizó una investigación cualitativa entre jóvenes universitarios sobre «Prevención y Salud y Nuevas Tecnologías».

He aquí los resultados más notables:

1. Los programas de comunicación social clásicos de prevención/educación para la salud son ignorados, incluso valorados críticamente por:
   - ineficaces, inútiles, vacíos de interés, «no enganchan»
   - contraproducentes «sensación de que puedes salir», sensación de «algo frecuente, que está ahí, normal, con lo que hay que convivir»
   - excesivamente cruentos, apocalípticos, por tanto «no va dirigido a mí»
   - hechos por la autoridad, «el rollo de siempre de mis padres»

2. La posibilidad de programas de comunicación en salud mediante nuevas tecnologías (móvil, Internet) es valorada negativamente. Distinguen entre: invasivos y no invasivos.
   - Invasivos (mensajes al móvil, descargas de canciones a cambio de visionar mensaje, banners…): son percibidos como algo impuesto y por ello, rechazable. Al ser el área de salud, este rechazo se incrementa: sensación de imposición de «estilo de vida, ocio…»
   - No invasivos (páginas web, etc.): no provocan interés, no serían consultados. Únicamente las mujeres manifiestan cierto interés (menor) en temas de salud y belleza. Sólo se consultarían en caso de enfermedad.

Estos resultados parecen confirmar la ineficacia de las campañas comentada anteriormente. ¿Supone esto que la comunicación social es ineficaz a la hora de plantear estrategias de prevención entre jóvenes?

En realidad, lo que sucede es que nos encontramos ante un nuevo CAMBIO DE PARADIGMA: La tercera generación de los modelos de comunicación social.

Ahora, el protagonista activo es la audiencia, es la propia audiencia la que:
1. crea el mensaje
2. lo produce y
3. lo distribuye

Esto ocurre por dos razones:

1. Razón tecnológica, la cual se divide, a su vez, en otras dos:

(A) abaratamiento procesos producción (tecnología digital: bajo coste de esta tecnología, cámaras baratas, herramientas de edición y postproducción al alcance de todos)

(B) nuevo soporte GRATUITO y MASIVO para la distribución: aparición masiva de banda ancha en la red y de herramientas gratuitas para la creación y navegación, tipo YouTube o los blogs, como veremos más adelante.

Es decir, producción y distribución son las dos variables responsables desde la razón «tecnológica».

Por otro lado, ha habido cambios sociales que, unidos a estos tecnológicos, explican el cambio de paradigma. Esta razón psicosocial, también se divide en dos:

(A) Los jóvenes tienen mayor cultura (1) de los lenguajes audiovisuales y (2) de las técnicas y herramientas de realización y distribución digital

(B) La sociedad en su conjunto se ha hecho mucho más proclive a crearse «perfiles individuales de consumo», en todo, viajes, deportes, cultura, comunicación, etc. Lipovetsky, al que citamos anteriormente al referirnos a los cuerpos tallados, llama a este fenómeno «la felicidad contradictoria o el hiperconsumidor».

Estas dos razones explican el cambio de paradigma. Pero si ahora pensamos que nos movemos en: comunicación (1) PERSUASIVA (2) dirigida a JÓVENES y (3) sobre temas de SALUD, nos encontramos con que:

1. Los jóvenes son mucho más conscientes ahora de los mecanismos de persuasión clásicos y, por tanto, las técnicas habituales son mucho más débiles para persuadirles.

2. Al tratar con temas de salud la resistencia al cambio es todavía mayor (por ser un campo de su esfera vital y sometido a presión grupal, además).

«The user revolution»

Todo ello nos lleva a la siguiente propuesta: se debe buscar que sea el propio grupo social de jóvenes el que CREA su propio discurso persuasivo y quien lo PRODUCE y DISTRIBUYE a sus grupos de iguales (formando comunidades y redes sociales: *communitainment*) mediante sus propios CANALES (los llamados *usites*) empleando sus LENGUAJES compartidos y sus propios conceptos o MENSAJES: habitualmente microespacios, basados no sólo en micro–contenidos, sino también en narrativas audiovisuales extraordinariamente ágiles. Por eso, cuando ahora decimos «el usuario es el rey», hacemos referencia a algo muy diferente a lo que proponían los paradigmas anteriores: «el usuario, *con su mando a distancia,* es el rey» (Tª de los Usos y Gratificaciones) decía el antiguo esquema. Ahora el usuario crea, controla, interactúa con el medio y el contenido.

Es decir, planteado en términos del esquema conceptual que refleja el cambio de paradigma:

«respuesta/estímulo/campaña (usites) ➟ grupos de iguales (*communitainment*) ➟ otros efectos (*aprendizaje cooperativo*)»

Si pretendemos llegar a los jóvenes con programas de educación para la salud, esta *interacción* es absolutamente indispensable. Es el concepto de «aprendizaje cooperativo» que desarrolla, en este contexto, Ovejero (1990) y que el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1997) aplica de este modo a los programas de prevención:

> «Los programas de prevención dirigidos a los adolescentes deberían incluir métodos interactivos, tales como grupos de discusión entre iguales, en lugar de utilizar los métodos didácticos tradicionales».

Veamos como la llamada Web 2.0 aplica todos estos conceptos.

WEB 2.0

Nos encontramos en la era de la denominada Web 2.0, la cual no debe entenderse como un producto, una moda, o una herramienta tecnológica, sino como un concepto que admite diversas definiciones y posee numerosas peculiaridades que determinan su carácter. Éstas se podrían resumir, reseñando a Nafría (2007), en los siguientes tres puntos:

- **Segunda fase de Internet**: Una vez superada la enorme crisis que se produjo a partir del año 2000 con el estallido de la llamada «burbuja puntocom», la Web 2.0 comienza a desarrollarse a partir de 2003 como una nueva etapa de proyectos y negocios de Internet, gracias fundamentalmente al nacimiento de las redes sociales y de buscadores como el gigante Google, amparados por el impulso de la banda ancha.
- **Web como plataforma:** La Web 2.0 facilita la suma y combinación de diversas tecnologías que permiten utilizar la red como una plataforma de aplicaciones, lo que abre grandes posibilidades creativas.
- **El usuario es el rey:** La breve historia de Internet viene marcada por la evolución en sus estados de predominio. Se ha pasado de considerar al contenido como el verdadero rey del ciberespacio (*content is king*), cuyo esfuerzo iba encaminado a ofrecer contenidos lo más valiosos posibles, en un contexto de comunicación unidireccional, a centrar la atención en el *comercio*, siendo el concepto «rentabilidad» el máximo exponente de la red, considerada como un modelo de negocio. Hoy día, sin embargo, es el *usuario* quien representa el indiscutible protagonismo de Internet, convirtiéndose posiblemente en la característica más importante y definitoria de la Web 2.0. Su papel de mero espectador y consumidor se desarrolla, debido, substancialmente, a su participación activa, hasta desempeñar el rol de creador y generador de contenidos y servicios en la red.

Así, la Web 2.0 ha permitido pasar de una red de *lectura* a una de *lectura y escritura*, una auténtica «revolución» donde el histórico consumidor pasivo está cambiando de forma vertiginosa, no sólo porque cada vez está más informado o seguro de sus decisiones de compra, sino también, y principalmente, porque está

tomando un rápido control sobre el consumo de la información y los contenidos que han de ser distribuidos a través de este medio. En este contexto, que el equipo de investigación del banco de inversión estadounidense Piper Jaffray & Co denomina *«The User Revolution»* en un extenso informe publicado en febrero de 2007, donde examina el nuevo ecosistema publicitario y la creciente importancia de Internet como medio de masas, surge un nuevo paradigma representado por el concepto de ***«communitainment»***[1]. Con este término, Piper Jaffray intenta definir un nuevo tipo de actividad en el que se unen tres nociones, «comunidad», «comunicación» y «entretenimiento», incidiendo en el papel relevante del usuario, que se aleja de las formas tradicionales de consumo de medios para profundizar en esta nueva etapa de Internet que le convierte en partícipe de múltiples formas: mediante la aportación de contenidos, la valoración de los realizados por otros, organizando la navegación según sus propios gustos gracias a las etiquetas o tags, seleccionando los datos que quiere ver a través de tecnologías como los RSS, etc. En este sentido, los denominados ***«usites»*** (sitios web generados básicamente por los usuarios) están ganando terreno estrepitosamente a otros sites creados de forma más clásica.

Las redes sociales y la cultura del remix

En un reportaje que circula por YouTube[2] sobre el fenómeno de las redes sociales, donde se les pregunta a diferentes bloggers y usuarios de Internet las causas de su adhesión como miembro a alguna de ellas, surgen expresiones como las siguientes:

> *«…por un tema de presencia…»*
> *«…lo más interesante es el hecho de que uno se conecta a ello porque quiere saber más de esas otras personas que están conectadas a la red…»*
> *«…porque es un buen medio para enseñar las fotografías digitales que tengo y ver las de mis amigos…»*

En el momento de hablar de las ventajas de pertenecer a estas redes sociales, se repiten las mismas ideas:

«…un medio idóneo para conocer más de tus amigos…»
«…para encontrarte con amigos que no veías desde hacía tiempo…»
«…por motivos laborales, ya que puedes colgar tu CV…»
«…te permite hablar con familiares y amigos desde cualquier parte…»
«…para mostrar vídeos, fotos…»

Efectivamente, el fuerte impacto que las redes sociales están teniendo en Internet se debe fundamentalmente a las posibilidades de comunicación que ofrecen a los jóvenes: la relación directa con su grupo de iguales, la facilidad para reen-

1. Véase en: http://www.piperjaffray.com/1col.aspx?id=287&releaseid=966627

2. Véase en: http://www.youtube.com/watch?v=A5Lll0TVJbk

contrarse con viejos amigos o conocer a otros nuevos, el intercambio de material audiovisual de carácter personal… Elementos que nos llevan al concepto anteriormente citado del *communitainment*, donde, además, se produce un mayor grado de compromiso por parte de los usuarios, ya que permanecen en este tipo de webs mucho más tiempo (una media de 27 minutos y 16 segundos) que en otras páginas (unos 10 minutos y 45 segundos, por término medio).

Este software social nace, por tanto, allá por el año 2003 (con redes como Tribe.net, Linkedin y Friendster), como una nueva rama de programas informáticos, caracterizada por la participación colaborativa de sus usuarios, y cuyo objetivo era trasladar a la red la teoría sociológica conocida como **«los seis grados de separación»** (propuesta en 1929 por el escritor húngaro Frigyes Karinthy en una corta historia llamada *Chains*), según la cual es posible llegar a contactar con cualquier persona del mundo como máximo a través de cinco intermediarios. Esta hipótesis, que actualiza el popular dicho de «el mundo es un pañuelo», está muy presente en los medios de comunicación desde que se ha publicado, a comienzos de este mes de agosto, el estudio de Microsoft que demuestra que «dos individuos cualesquiera están conectados entre sí por no más de 6,6 grados de separación, es decir, que son necesarios siete o menos intermediarios para relacionarlos»[3]. Esta investigación, que parece convertir lo que algunos consideraban como leyenda urbana en evidencia empírica[4], ha utilizado 30.000 conversaciones electrónicas, pertenecientes al año 2006, de 180 millones de usuarios del servicio de mensajería instantánea Messenger, partiendo de la base de que dos personas se conocían si habían intercambiado al menos un mensaje de texto.

En la actualidad existen otras iniciativas que también persiguen avalar dicha teoría a través de Internet, como es el caso del experimento que ha iniciado un internauta a través de la conocida red social Facebook[5].

La Web 2.0 favorece la fragmentación de la información en **«microcontenidos»** que pueden ser distribuidos por multitudes de dominios. En este sentido, el **«post»** se convierte en la nueva unidad de contenido, es decir, ese pequeño mensaje, artículo o texto que el usuario escribe en su *blog*, o aquella pieza audiovisual que cuelga en alguna página de Internet… Cada vez hay menos limitaciones para poder mezclar las diferentes sustancias expresivas (sonidos, letras, imágenes…) que puedan configuran una narración o un discurso construido como plataforma para la

3. Véase noticias publicadas en medios como la *Cadena Ser* (http://www.cadenaser.com/tecnologia/articulo/teoria-grados-separacion-queda-demostrada/csrcsrpor/20080805csrcsrtec_1/Tes) o *The Guardian* (http://www.guardian.co.uk/technology/2008/aug/03/internet.email)

4. «Ésta es la primera vez que una red social a escala planetaria ha logrado validar la teoría de los seis grados de separación», señalaron Eric Horvitz y Jure Leskovec, responsables del estudio, al diario *The Washington Post*.

5. Véase en: http://www.facebook.com/group.php?gid=18788870878

participación, la *conversación*, la *interacción*. Nos encontramos en la cultura del remix, una cultura que, amparada por el desarrollo tecnológico, se presenta como una revolución social que busca una arquitectura de la colaboración y la complicidad entre individuos.

Se puede decir que nos movemos en el ámbito del **«aprendizaje cooperativo»**, el cual, dentro del marco de la Psicología Social, se ha constituido como una meta deseable pero difícil de alcanzar, debido a la «complejidad de procesos que son necesarios para hacerlo funcionar», como apunta Ovejero (1990). La utilización de este software social ejerce una influencia en el proceso de aprendizaje, cuyas principales características, según defiende el Catedrático, son:

- Se aprenden nuevas actitudes, valores y habilidades difícilmente adquiribles en el círculo familiar.
- Se fomenta la autonomía personal.
- Se imitan nuevos modelos de control de las emociones.
- Se aprende a ver las situaciones desde perspectivas diferentes a las propias.
- Se obtiene una nueva identidad social (grupo de iguales).
- Surgen nuevas oportunidades para ensayar conductas de altruismo y apoyo mutuo.

Estas particularidades son esenciales en el nuevo entorno que se nos muestra dentro del campo de la comunicación y la salud, dado el cambio de paradigma que hemos explicado. Los organismos o agentes encargados de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como, concretamente, dado el caso que nos ocupa, de la prevención y asistencia en adicciones, tienen la tarea de moderar y mantener los espacios comunicativos que se abran al efecto. Han de facilitar el acceso a los contenidos y animar al diálogo entre los participantes, a ese intercambio que hace reflexionar acerca de lo que otro dice o escribe, comparándolo con la opinión de uno mismo y construyendo una respuesta. Es en esa interacción comunicativa, ya sea de tipo sincrónico (como en el caso de los *chats*) o asincrónico (correo electrónico, foros de debate…) donde se produce la transformación de la información en conocimiento, donde se construye un aprendizaje significativo que aporte nuevos valores, habilidades o herramientas de apoyo.

Aplicaciones de la web 2.0 en el ámbito de las drogodependencias

Las posibilidades que ofrece la Web 2.0 para presentar los diferentes contenidos son muy variadas, pero básicamente éstos se han divulgado a través de las siguientes formas:

A) WIKIS

La manera óptima de explicar qué son los *wikis* es mediante la consulta a Wikipedia[6], ya que se trata del mejor ejemplo de esta herramienta:

«Un wiki, o una wiki, es un sitio web cuyas páginas web pueden ser editadas por múltiples voluntarios a través del navegador web. Los usuarios pueden crear, modificar o borrar un mismo texto que comparten. Los textos o «páginas wiki» tienen títulos únicos. Si se escribe el título de una «página-wiki» en algún lugar del wiki, esta palabra se convierte en un «enlace web» (o «link») a la página web.

(…). La aplicación de mayor calado y a la que le debe su mayor fama hasta el momento, ha sido la creación de enciclopedias colaborativas, género al que pertenece la Wikipedia. Muchas otras aplicaciones más cercanas a la coordinación de informaciones y acciones, o la puesta en común de conocimientos o textos dentro de grupos existen. (…)»

FIGURA 1. WIKI «QUIT SMOKING»

6. Véase en: http://es.wikipedia.org/wiki/Wiki

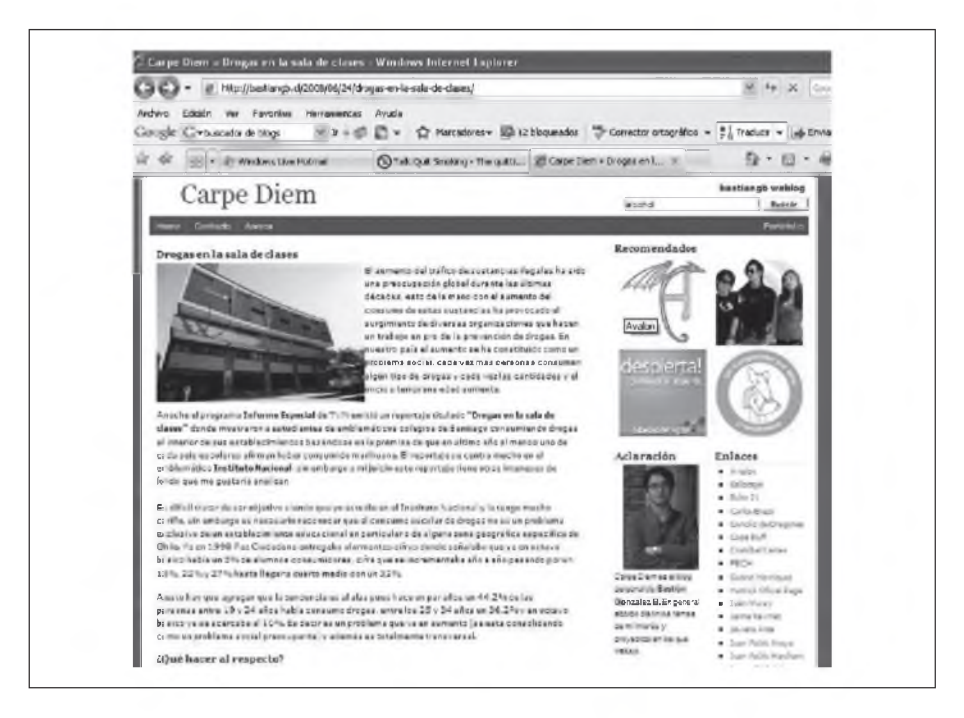
A partir de 2004 los *wikis*, creados por los propios usuarios con una edición sencilla y versátil, empiezan a cobrar un enorme protagonismo, siempre de la mano de Wikipedia. Así, aparecen *wikis* dedicados a temáticas concretas, especialmente médicas, periodísticas y legales.

Como se puede ver en la figura 1, existen *wikis* que incentivan la negación al consumo de drogas, en este caso el tabaco. En esta página los internautas aportan información sobre algunas de las tradicionales modalidades existentes para dejar de fumar, técnicas alternativas, estadísticas de personas que han conseguido abandonar el hábito, efectos de tipo psicológico, etc. Todo ello en un marco de colaboración permanente.

B) BLOGS

Los *blogs* se componen de posts, con textos de mayor o menor longitud y ordenados cronológicamente del más reciente al más antiguo, que mantienen una característica común: suelen tener muchos hipertextos, es decir, palabras señaladas que, «clicando» en ellas, nos llevan a la página a la que hacen referencia, y casi siempre se completan con fotos, vídeos o grabaciones de audio. Uno de los rasgos más destacables de los *blogs* es la posibilidad que ofrecen de añadir comentarios de otras personas a las noticias que van apareciendo, lo que permite recoger opiniones y también poder mejorar las que se están publicando.

FIGURA 2. BLOG «CARPE DIEM»



Los *blogs* se conciben, en general, como diarios personales, aunque en muchas ocasiones suelen ser temáticos y su éxito radica, principalmente, en que «cualquier persona que sepa encender un ordenador, escribir un texto y navegar por Internet puede crear uno en apenas 3 minutos. O dicho de otra forma, si Gutenberg levantara la cabeza programaría un sistema de *blogs*» (Rojas y cols., 2005).

En el blog mostrado en la figura 2, que ejemplifica algunas de las acciones desempeñadas por los usuarios de la Web 2.0 preocupados por la problemática de las drogas, el autor nos habla de la situación que vive su país, Chile, con el aumento del consumo de sustancias ilegales en el ámbito escolar. Hace referencia a un reportaje emitido por el canal de televisión TVN sobre el tema, titulado «Drogas en la sala de clases» (se puede ver algún fragmento del mismo en YouTube[7]), al tiempo que facilita la participación de los visitantes que recibe su página para buscar soluciones y vías de mejora respecto a las estrategias de prevención que se están llevando a cabo en este contexto.

C) PODCASTS

Según algunos autores, *podcasting* es el término resultante de la unión del término inglés *pod* que quiere decir «vaina» o «cápsula» (y que también dio origen al nombre del popular reproductor de audio portátil iPod) y *casting*, apócope de la palabra inglesa *broadcasting*, difusión masiva de contenidos. También se dice que surge como el acrónimo de las palabras *public on demand* y *cast*. Y es que ésta es la idea general del podcast: una emisión pública descargada según demanda. Son archivos de audio que se pueden escuchar con cualquier reproductor compatible con los distintos formatos existentes (mp3…). El *podcasting* ofrece independencia, movilidad y libertad de horario.

Su contenido es diverso, pero suele ser un *weblogger* hablando sobre diversos temas. Es realmente interesante su aplicación dentro del mundo educativo, debido a su versatilidad, a su posibilidad de afianzar los conocimientos del alumnado, a reflexionar y a pensar (el solo hecho de plantearse la realización de un *podcast* ayuda a aprender a pensar en temas que le pueden interesar al oyente y a reflexionar sobre ellos).

Un *podcast* incluye una serie de contenidos de sonido que se distribuyen automáticamente por toda una red mediante una suscripción gratuita. Una vez que el usuario se ha suscrito, los *podcasts* se envían de manera regular a través de Internet o de una red escolar y se puede acceder a ellos desde un portátil, un ordenador de sobremesa o cualquier mp3.

Existe una amplia variedad de contenidos que se están desarrollando y divulgando en forma de *podcasts*, varios de ellos especializados en el ámbito de la salud o,

7. Véase en: http://www.youtube.com/watch?v=PNclzosAE78

más concretamente, en el de las drogas. Algunos ejemplos pueden ser, entre otros: *FDA Drug Safety Podcasts*[8], *Tobacco Control Podcast*[9], *The Alcohol Policy Uk Podcast*[10], etc.

D) VÍDEOBLOGS

Los *vlogs* se muestran como una herramienta extraordinaria para la comunicación entre jóvenes, donde pueden demostrar que son capaces ellos mismos de generar el contenido y participar activamente en la publicación en red de material audiovisual.

El vídeo en formato de *blog* tiene un futuro abierto a la creación de infinidad de materiales, algunos de los cuales ya se pueden ver en los grandes repositorios educativos de Internet, además de en *eduvlogs (education + vlogs)*.

Los microcontenidos de los *vlogs* han de basarse en tres principios fundamentales: que sean atractivos, reutilizables y digeribles.

Hay dos grandes tipos de *vlogs*: los «sin producción» y los «producidos». El primero es el más sencillo, ya que se trata de un *blog* convencional donde el usuario inserta vídeos extraídos de otras plataformas de intercambio de archivos audiovisuales, siendo la más representativa la de YouTube, cuya popularización a base de vídeos virales y su estruendosa adquisición por parte de Google, ha significado un nuevo modelo en la concepción y la manera de comunicar un mensaje. Respecto a los segundos, relacionados con la creación y edición de un *vlog* propio, requieren mucha dedicación y esfuerzo.

Conclusión

A pesar de la exitosa trayectoria que han tenido todas estas herramientas desde su nacimiento, con proyectos asentados como el conocido festival de cine comprimido *NoTodoFilmFest*, creado por Javier Fesser, o los programas de televisión emitidos a través de *MobuzzTV*, lo cierto es que aún necesita un amplio desarrollo en el terreno de la prevención y promoción de la salud.

Sin embargo, no nos cabe ninguna duda de que éste es el camino más adecuado para evitar no sólo el fracaso de las campañas de prevención/educación para la salud, sino el rechazo por parte de los jóvenes (patente en la investigación presentada anteriormente).

8. Véase en: http://www.fda.gov/CDER/drug/podcast/default.htm

9. Véase en: http://notabaco.blogspot.com/2006/08/globaling–radio–tobacco–control.html

10. Véase en: http://www.alcoholpolicy.net/podcasts/

Deben ser los propios jóvenes los que creen las campañas de prevención y educación mediante estas nuevas tecnologías y lenguajes narrativos, y ellos deben difundirlos mediante sus propios canales, comunidades y redes sociales. De este modo se produciría un doble «efecto»: por un lado, el que provocaría el «aprendizaje activo» presente al pensar y ejecutar su propia campaña (imaginemos un corto de 2 minutos para colgar en el vblog del centro educativo) y por otro lado, el efecto que este corto provocaría en la red social que lo visionara. Éste es el verdadero **aprendizaje cooperativo** que hemos mencionado anteriormente, desarrollado mediante uno de los métodos **interactivos** más eficaces (tal y como propone el NIDA, 1997, citado anteriormente).

¿Cuál es entonces la misión de las instituciones (Agencias antidroga, Delegaciones del Gobierno, municipios, etc.)?

Impulsar activamente este proceso. Proporcionar el marco de referencia para que esto suceda y ello, desde diferentes niveles:

1. Creando el clima/ruido social apropiado: el marco social de referencia y el briefing adecuado a los jóvenes, para que ellos creen y produzcan el mensaje.
2. Facilitando herramientas de (1) creación, (2) distribución y (3) soporte en la red.
3. Proporcionando las estructuras más eficaces para llevar a cabo estos trabajos. Por ejemplo, los centros escolares pueden aplicar las disciplinas «educación para la ciudadanía», «educación para la salud» y «educación audiovisual» para impulsar este tipo de proyectos.
4. Motivando el proceso (y esto es lo más importante), mediante los incentivos más adecuados para esta población juvenil: dispensando contingencias de refuerzo positivo acordes a los deseos de estos jóvenes, para aquellas redes sociales que participen en estos procesos.

Todo esto es un camino nuevo, inexplorado y complejo. Pero tenemos la intuición (apoyada en algunos datos empíricos y soportada por ciertos planteamientos teóricos) de que éste puede ser un camino eficaz para involucrar a los jóvenes en los procesos de prevención y educación para la salud.

Bibliografía

Balsamo, A. (1996): Technologies of the gendered body: Reading cyborg women. Durham, NC: Duke University Press.

Castaño, C., Maíz, I., Palacio, G. y Villarroel, J. D. (2008): *Prácticas educativas en entornos Web 2.0.* Madrid: Síntesis.

Cuesta, U., Ugarte, A. Y Menéndez, T. (2008): Comunicación y salud. Avances en modelos y estrategias de intervención. Madrid: Editorial Complutense.

Joyce, T. (1991): Models of the advertising process. *Marketing and Research Today.* November, 205-213.

Lipovetsky, G. (2006): *Le Bonheur paradoxal*. París: Gallimard.

Nafría, I. (2007): *Web 2.0. El usuario, el nuevo rey de Internet.* Barcelona: Gestión 2000.

Ovejero, A. (1990): *El aprendizaje cooperativo: Una alternativa a la enseñanza tradicional,* Barcelona: P.P.U.

Rojas, O. I. y Cols. (2007): *Web 2.0. Manual (no oficial) de uso*. Madrid: ESIC.

Rojas, O. I., Alonso, J., Antúnez, J. L., Orihuela, J. L. y Varela, J. (2005): *Blogs. La conversación en Internet que está revolucionando medios, empresas y ciudadanos*. Madrid: ESIC.

World Health Organization (1997): *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XX*. Yakarta, Indonesia: IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, OMS.

2. INTERNET Y SALUD: PERFILES DE USUARIOS QUE BUSCAN INFORMACIÓN SANITARIA

ESTUDIO SOBRE SALUD EN INTERNET PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LA CIUDAD DE GRANADA

Jaime Jiménez Pernett
Antonio Olry de Labry Lima
José Francisco García Gutiérrez
María del Carmen Salcedo Sánchez

Resumen

Introducción: Internet se presenta a los adolescentes y jóvenes como una fuente confidencial y segura para acceder a temas de salud.

Objetivos: Describir la experiencia de los adolescentes de Granada en la búsqueda de información sobre salud vía Internet.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal entre adolescentes de 1º y 2º de bachiller en Granada. Se utilizó un cuestionario validado auto-administrado en presencia de sus profesores. Se recogieron variables sociodemográficas, de salud y relacionadas con las condiciones de acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Resultados: Se estudiaron en total 811 adolescentes, siendo la edad media de 17 años. El 88% usaban Internet, utilizándolo el 57.5% y 38.7% diariamente/semanalmente y alguna vez respectivamente. Casi la mitad de la muestra (55.7%) afirmó que utilizaba Internet para buscar información sobre salud. Los principales problemas referidos al buscar este tipo de información eran el desconocimiento de buenas páginas web (54.8%) y la falta de confianza para buscar (23.2%).

Palabras clave: Internet, Salud, Adolescentes.

Información relevante sobre el proyecto
Este trabajo ha sido subvencionado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Exp. 134/2005) y fue presentado en el 12º congreso internacional MEDNET en la ciudad de Leipzig (Alemania).

1. Introducción

En los tiempos que corren, Internet cada vez está más presente en nuestras vidas, centrándose su uso en las edades más jóvenes (el 83% de los ciudadanos de 15 a 24 años y el 67% de entre 25 y 34 años son usuarios de Internet)[1].

Internet forma una parte fundamental en el día a día de los jóvenes y adolescentes, ya que mantienen un contacto permanente con sus amigos, establecen amistades con personas con sus mismos intereses y aficiones, y amplían sus conocimientos[2,3]. Esto hace que Internet se muestre como una de las principales herramientas de comunicación entre los adolescentes. Por todo ello existe una necesidad de educar a los más jóvenes tanto en el buen uso de Internet en general, como en su uso específico para la búsqueda de información sobre salud[4].

Existen numerosas razones por las que los jóvenes pueden verse motivados a utilizar Internet, principalmente porque es un medio rápido, fácil y porque ofrece gran cantidad de información[5]. Este aspecto tiene especial importancia, ya que los adolescentes y jóvenes tienen dificultades para acceder a los servicios tradicionales de salud, además Internet les ofrece una fuente confidencial y segura para acceder a temas de salud[6].

Por todo ello el objetivo de este estudio es describir la experiencia de los adolescentes y jóvenes de Andalucía en la búsqueda de información sobre salud vía Internet.

2. Métodos

Estudio transversal con adolescentes (15-18 años) andaluces que estuvieran cursando primero o segundo de bachiller en institutos de Granada, seleccionándose los centros por muestreo por conglomerados, entre 40 centros de educación secundaria.

Variables: 1) Variables sociodemográficas y salud: edad, sexo, curso, salud autopercibida y número de veces que acude al médico en el último año. 2) Variables relacionadas con las condiciones de acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC): Uso de Internet, frecuencia de uso, principal uso de Internet (Juegos, viajes, compras, e-Learning, otro), para quién van dirigidos los resultados, opinión si Internet es una buena fuente de información sobre salud y uso de otras fuentes de información sobre salud.

Se realizaron tres preguntas multi-respuesta para obtener la mayor información disponible para identificar los lugares de acceso a Internet, fuentes para la búsqueda de información sobre salud y los temas buscados en salud. Para ello se utilizó una versión adaptada y validada por Rideout del cuestionario de la Kaiser Family Foundation[4].

Procedimiento: Previamente a la recogida de información se realizó una prueba piloto con una muestra de 50 adolescentes para determinar el buen funcionamiento del cuestionario. Los datos recogidos no se incluyeron en los análisis realizados. Posteriormente, en cada centro escolar se contactó con los responsables y tras explicarles los objetivos del estudio se solicitó a los adolescentes participar en el estudio. Los cuestionarios fueron auto-administrados en presencia de los profesores y de personal de la Escuela Andaluza de Salud Pública entrenado.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de la muestra usando las frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar. Posteriormente se realizó un análisis bivariante para determinar las diferencias de uso de las TIC entre aquellos que buscan información sobre salud y los que no. Para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.5.

3. Resultados

Se estudiaron a un total de 811 adolescentes, en 8 institutos de educación secundaria, siendo la edad media de 17 años. El número medio de visitas al médico en el último año fue de 2, refiriendo una salud auto-percibida muy buena en el 26.3% de los casos.

La tabla 1 resume los principales hallazgos de este trabajo. En cuanto a las variables relacionadas con las condiciones de acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación el 88% usaban Internet, haciéndolo el 57.5% y 38.7% diariamente/semanalmente y alguna vez respectivamente. Sólo el 7.8% de los adolescentes consideraba que más información mejoraría su salud, de la misma manera el 43.3% participaría en la elaboración de una web sobre salud

Casi la mitad de la muestra (55.7%) afirmó que utilizaba Internet para buscar información sobre salud, así el 19.4% lo usaba diariamente/semanalmente frente al 25.7% que lo utilizaba alguna vez al año/nunca. Los principales problemas referidos al buscar e-salud eran que desconocían buenas páginas web (54.8%) y la falta de confianza o no sabe buscar (23.2%). Entre aquellos adolescentes que utilizaban Internet para temas de salud, un 82% afirmaron que Internet le ayudó a obtener más información sobre salud y el 54.9% respondió que Internet le ayudó a tener mejor información sobre salud.

En cuanto a las variables multirespuesta, las tres fuentes más utilizadas para obtener información sobre salud fueron: familiares y amigos (60.4%), Médicos y enfermeros (56.4%) e Internet (52.5%). Los adolescentes refirieron acceder a Internet fundamentalmente en su casa (93.5%) y lo utilizaban fundamentalmente para ocio, música y juegos (90%), trabajos de clase (87%) y Chat y foros (79.7%). El 97.6% obtiene la información a través de un buscador y la obtienen para ellos mismos en un 95.6%. Los

principales motivos referidos por los sujetos por los que deciden buscar en Internet son: su facilidad (36.9%), mucha información (21.7%) y rapidez (14,7%).

Los principales temas de salud por los cuales los adolescentes acuden a Internet en busca de información son aquellos relacionados con la imagen personal, el ejercicio físico y los piercings, tatuajes y similares (Tabla 2).

El análisis bivariante muestra que aquellos adolescentes que utilizaban Internet diariamente mostraron una mayor probabilidad de buscar información de salud (OR: 1.49; IC95% 2.02–1.01).

En cuanto a las fuentes de información aquellos que buscan información de salud en Internet mostraron, con diferencia estadísticamente significativa, una mayor probabilidad de consultar a médicos (60.8% vs. 51.1%), revistas (49.9% vs. 37.7%), libros (27.9% vs. 14.9%) y por el contrario una menor probabilidad de no consultar ninguna fuente (1.6% vs. 13.6%).

4. Discusión y conclusiones

El presente estudio es una pequeña ventana a través de la que podemos empezar a estudiar cómo los jóvenes andaluces valoran la red como fuente de información sobre salud. Como en otros estudios recientes, se pone de manifiesto que los jóvenes utilizan la red fundamentalmente para el ocio, la búsqueda de información y la comunicación con sus iguales. En cuanto a la búsqueda de información sobre salud se observa que las mujeres muestran una probabilidad mayor de utilizar Internet para obtener información, independientemente del curso académico y de su estado de salud y además parece que diversifican su búsqueda al utilizar un mayor número de fuentes.

Este trabajo tiene una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta para la interpretación de los resultados. En primer lugar, la muestra se ha obtenido en los cursos de educación secundaria no obligatoria y podrían existir diferencias con el resto de los adolescentes que acceden a Internet lo que limitaría la generalización de los resultados. Por otro lado, no era objetivo de este estudio determinar o reconocer las posibles lagunas o déficit en la formación o de alfabetización en estas tecnologías lo que puede sesgar los resultados aquí encontrados.

El porcentaje de adolescentes y jóvenes que buscan información sobre salud en Internet aquí descrita se encuentra dentro del rango descrito en la literatura (40–60%) [4,7–10].

Un resultado llamativo fue que ante la pregunta de cuáles eran las páginas más consultadas para obtener información sobre salud, los jóvenes encuestados respondieron uniformemente que accedían a información a través de motor de búsqueda o buscadores tipo Google . En este sentido parece claro que este tipo de mecanis-

mos se impongan debido fundamentalmente a su facilidad de acceso, su rapidez y que contienen una gran cantidad de información[11]. Sin embargo, cabe destacar que este tipo de sitios web funciona con un algoritmo, teniendo unas páginas web más probabilidades de estar entre las más recomendadas que otras. Este hecho tiene especial importancia ya que estas páginas suelen ser patrocinadas por la empresa privada, lo cual podría influir sobre estos jóvenes[12] y además porque se han descrito diferencias en la calidad de sus contenidos[13].

Bibliografía

1. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. [Consultado 28 de Julio 2007]. Disponible en www.ine.es.

2. Punamäki RL, Wallenius M, Nygard CH, Saarni L, Rimpelä A. Use of information and communication technology (ICT) and perceived health in adolescence: The role of sleeping habits and waking-time tiredness. J Adolescence. 2006. [in press].

3. Buckingham D. The electronic generation? Children and new media. Ed: Lievrouw LA, Livingstone S. Handbook of new media: Social shaping and consequences of ICTs. 2002. London.

4. Rideout V. Generation Rx: How young people use the Internet for Health information. Kaiser Family Foundation Survey. 2001

5. Kanuga M, Rosenfeld WD. Adolescent sexuality and the internet: the good, the bad, and the URL. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2004;17:117-124.

6. Gray NJ, Klein JD, Noyce PR, Sesselberg TS, Cantrill JA. Health information–seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. Soc Sci Med. 2005;60:1467-78.

7. Gould MS, Harris Munfakh JL, Lubell K, Kleinman M, Parker S. Seeking help from the Internet during adolescence. J Am Acad Child Psy. 2002;41:1182.

8. Bleakley A, Merzel CR, VanDevanter NL, Messeri P. Computer access and internet use among urban youths. Am J Public Health. 2004;94:744.

9. Gray NJ. The Internet: A window on adolescent health literacy. J Adolescent Health. 2005;37:243.e1-243.e7.

10. Borzekowski DL, Rickert VI. Adolescents, the Internet, and health: issues of access and content. J App Dev Psychol. 2001;22:49-59.

11. Boyer C, Geissbuhler A. Health and the Internet for all. International Journal of Medical Informatics. 2006;75:1-3.

12. Miller EA, West DM. Characteristics associated with use of public and private web sites as sources of health care information. Med Care. 2007;45:245.251.

13. Babio G, Bermúdez Tamayo C. García JF, Márquez S. Selección y evaluación de sitios web dirigidos a pacientes referidos al campo de salud [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2006. Informe 1/2006. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA

Tabla 1 Resumen de las principales variables (n=811)

Pregunta	Respuestas	N (%)
Salud autopercibida	Muy buena Buena Regular–Mala–muy mala	213 (26,3%) 521 (64,4%) 75 (9,3%)
¿Crees que con más información de salud, mejoraría tu CV?	No Sí NS/NC	63(7,8%)
Uso general de Internet	No Sí	97 (12%) 713 (88%)
Frecuencia uso de Internet	Diariamente–Alguna semana Alguna vez al mes Alguna vez al año–Nunca	410 (57,5%) 276 (38,7%) 27 (3,8%)
¿Buscas información de salud en Internet?	No Sí	359 (44,3%) 451 (55,7%)
Frecuencia búsqueda información de salud en Internet	Diariamente–Alguna semana Alguna vez al mes Alguna vez al año–Nunca	88 (19,4%) 249 (54,8%) 117 (25,7%)
¿Qué fuentes consultas para buscar información sobre salud? (seleccionan todas)	Familiares y Amigos Médicos, enfermeros Internet Televisión Revistas, periódicos Libros/enciclopedias médicas Farmacéuticos Radio Ninguna	488 (60,4%) 456 (56,4%) 424 (52,5%) 357 (44,2%) 348 (43,1%) 179 (22,2%) 177 (21,9%) 29 (3,6%) 54 (6,7%)
Problemas cuando buscas información de salud en Internet (seleccionan una)	Desconozco buenas web No confío /No sé buscar No tengo Internet en casa No me interesa el tema Otros	239 (54,8%) 101 (23,2%) 24 (5,5%) 15 (3,4%) 57 (13,1%)
¿Por qué buscas información de salud en Internet? (seleccionan una)	Fácil Mucha información Información rápida Búsqueda confidencial Tener diferentes opiniones Información es gratis Otros	158 (36,9%) 93 (21,7%) 63 (14,7%) 45 (10,5%) 34 (7,9%) 24 (5,6%) 11 (2,6%)

Tabla 2 Temas de salud más consultados – selección múltiple (n=811)

Tema	Porcentaje
Imagen personal, belleza y/o bienestar	255 (56.2%)
Ejercicio y estado físico	239 (52.6%)
Piercing, tatuajes y similares	201 (44.3%)
Concepción	185 (40.7%)
Nutrición y alimentación	184 (40.5%)
Relaciones sexuales	183 (40.3%)
Drogas	165 (36.3%)
Enf transmisión sexual (ETS)	147 (32.4%)
Cuidados de la piel	144 (31.7%)
Tabaco y alcohol	119 (26.2%)
Problemas alimenticios	103 (22.7%)
Crecimiento y desarrollo	80 (17.6%)
Embarazo	69 (15.2%)
SIDA	68 (15.0%)
Alergias	59 (13.0%)
Relaciones afectivas	58 (12.8%)
Estrés	55 (12.1%)
Abusos	49 (10.8%)
Depresión	38 (8.4%)
Otros	34 (7.5%)
Suicidio	26 (5.7%)
Problemas digestivos	18 (4.0%)

INTERNET Y SALUD: UNA APROXIMACIÓN EMPÍRICA A LOS USOS DE INTERNET RELACIONADOS CON LA SALUD

Francisco Lupiáñez-Villanueva

Resumen

La difusión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, especialmente Internet, en los sistemas de salud ha ido en constante aumento durante los últimos años. Ante esta realidad, la finalidad de este artículo es analizar los usos y las prácticas sociales que los ciudadanos, las asociaciones de pacientes y los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y farmacéuticos) realizan a través de los contenidos y aplicaciones disponibles en Internet, en el contexto del sistema de salud de Cataluña. Este análisis está basado en los resultados de Internet, Salud y Sociedad del proyecto de investigación «Modernización tecnológica, cambio organizativo y servicio a los usuarios en el sistema de salud de Cataluña» dirigido por el Prof. Castells. En el marco de este proyecto fueron analizadas 1.240 páginas web relacionadas con la salud y se enviaron más de 38.000 cuestionarios online.

El análisis empírico revela que el sistema de salud se encuentra en un periodo de transición hacia la Sociedad Red. El elevado uso de Internet por parte de los profesionales sanitarios y la percepción positiva de esta tecnología por parte de los actores facilita este proceso, mientras que la calidad de los contenidos, la escasez de aplicaciones relacionadas con la interacción, las asimetrías de información/poder entre los actores y los factores relacionados con la organización de los proveedores de servicios sanitarios desvían los procesos de interacción, flexibilidad y descentralización, es decir las cualidades propias de la Red.

Palabras clave: Internet, Pacientes, Médicos, Enfermeras, Farmacéuticos, Sociedad Red

Agradecimientos

Queremos agradecer la participación desinteresada y anónima de miles de personas (ciudadanos, miembros de asociaciones de pacientes y profesionales del sector sanitario) que han dedicado su tiempo a completar los diferentes cuestionarios en línea que hemos elaborado. Además de todas aquellas personas que han participado en las numerosas entrevistas presenciales que hemos realizado. Por último, expresar nuestro profundo agradecimiento al Departamento de Salud de la Gene-

ralitat de Cataluña por el apoyo total proporcionado a nuestra investigación respetando, al mismo tiempo, de forma escrupulosa nuestra independencia científica.

Salud y Sociedad Red: cambio tecnológico y cambio social

Durante las últimas décadas en los países desarrollados se observa una mejora considerable de las condiciones y la esperanza de vida, un envejecimiento de la población, un aumento de los costes de los servicios sanitarios y un aumento del gasto farmacéutico. En este sentido, los avances tecnológicos han sido determinantes en la mejora de la salud ya que han supuesto nuevas formas de cuidados médicos y farmacológicos que contribuyen al aumento de la esperanza de vida, la reducción del dolor y la gestión de las enfermedades. Pero al mismo tiempo, se observa que la tecnología es el mayor inductor del gasto sanitario y que los patrones de difusión de las tecnologías no necesariamente son eficaces y eficientes (OECD, 2007).

Estas tendencias, junto con la difusión de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente Internet, entre todos los actores muestran que los sistemas de salud, como sistemas sociales, se enfrentan a numerosos retos relacionados con los cambios sociales, económicos, tecnológicos y culturales que se han producido en las últimas décadas. Por tanto, los sistemas de salud se enfrentan a la transición de la sociedad industrial hacia la sociedad red: una nueva forma de organización social de la actividad humana que emerge en el último tramo del siglo XX, sobre los cimientos del informacionalismo (Castells, 2004). La interrelación entre esta estructura social emergente y el nuevo paradigma tecnológico está facilitando la transición de los sistemas de salud de la era industrial a la era de la información (Smith, 1997). Las fuerzas sinérgicas catalizadoras de esta transición están relacionadas con la transformación de los usuarios de los sistemas de salud en consumidores (Eysenbach, 2000) con un rol cada vez más activo en la toma de decisiones que afectan a su salud (Jadad & Delamothe, 2004) y con los cambios en los modos de producción de la práctica de la medicina generados por las redes tecnocientíficas formadas por las universidades, las agencias gubernamentales y la industria (Pickstone, 2000).

Siendo la información y la comunicación dimensiones básicas en los sistemas de salud, la interrelación de las tecnologías de la información y la comunicación con la estructura social de estos sistemas posibilita la transformación de los modos de consumo y producción de los servicios sanitarios, así como de la experiencia y el poder de los actores involucrados en los sistemas de salud (Hardey, 2001; Fieschi, 2002; Royal Society, 2006; Rice & Katz, 2001; Murero & Rice, 2006).

Sociedad, Salud e Internet: análisis empírico de los usos de Internet relacionados con la salud en Cataluña

Internet se ha convertido en el espacio de referencia de la sociedad red. Los sistemas de salud no son ajenos a esta realidad. Ciudadanos, pacientes y asociaciones

de pacientes, profesionales sanitarios, proveedores de servicios sanitarios y el resto de actores del sector tienen en este nuevo espacio una oportunidad para aumentar los flujos de información y los niveles de interacción con la finalidad de mejorar los niveles de salud de nuestra sociedad.

Ante esta nueva realidad emergente, el objetivo de este artículo es analizar los usos y las prácticas sociales que los ciudadanos, las asociaciones de pacientes y los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y farmacéuticos) realizan a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, especialmente Internet, en el contexto del sistema de salud de Cataluña. Los datos y metodologías utilizados para este artículo están basados en los resultados del proyecto de investigación Modernización tecnológica, cambio organizativo y servicio a los usuarios en el sistema de salud de Cataluña[1] dirigido por el Prof. Manuel Castells (2007). A continuación se ofrecen algunos apuntes sobre la metodología empleada[2].

Para abordar el análisis de los contenidos y las aplicaciones disponibles en Internet han sido seleccionados todos los recursos web disponibles en el directorio de Google sobre salud en catalán (1.240 páginas web – URLs). Una vez definida la población de estudio, se ha realizado un análisis estático de las páginas web teniendo en cuenta 29 criterios relacionados con la información, la comunicación, los servicios y la calidad. Además, se ha realizado una encuesta online a todas las direcciones de correo electrónico recogidas durante el trabajo de campo (338 correos electrónicos únicos), con una tasa de respuesta del 28,86%.

Para abordar el estudio de los usos y prácticas sociales de los internautas, las asociaciones de pacientes y los profesionales sanitarios[3] se han realizado encuestas online para cada uno de estos actores. En el caso de los profesionales sanitarios las encuestas incluían cinco bloques de preguntas relacionadas con: (1) aspectos sociodemográficos y laborales; (2) acceso, frecuencia, tipología de usos, experiencia y utilidad de Internet; (3) Internet como espacio de consumo, producción e interacción con los pacientes y sus consecuencias; (4) uso de los sistemas de información

1. Este proyecto de investigación se realizó entre Mayo del 2005 y junio del 2007. Durante todo este tiempo, se han compartido metodologías de trabajo con el grupo de investigación portugués liderado por Gustavo Cardoso y Rita Espanha que han realizado el estudio «A Saúde na Era da Informação» con la financiación del Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian. Los resultados de esta investigación están disponibles en http://sei.iscte.pt/sei.html

2. Una descripción detallada de la metodología y de los anexos estadísticos está disponible en la web del proyecto Capítulo 3 Internet, Salut I Societat Salud y Anexo Capítulo 3 <http://www.uoc.edu/in3/pic/cat/salut/informe.html>

3. El Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), el Colegio Oficial de Enfermeras de Barcelona (COIB) y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona (COFB) colaboraron en el lanzamiento de las encuestas online. Estos colegios facilitaron el acceso a los correos de sus miembros teniendo en cuenta consideraciones de privacidad, confidencialidad y legalidad de la acción.

y telemedicina; y finalmente (5) valoración de las tecnologías de la información y la comunicación.

Las encuestas online de las asociaciones de pacientes[4] incluían cuatro bloques de preguntas relacionadas con: (1) los objetivos y las características de las asociaciones; (2) el acceso, la frecuencia, la utilidad, la experiencia y la habilidad en el uso de Internet; (3) Internet como espacio de consumo, producción e interacción con los pacientes y sus consecuencias; y (4) valoración de las tecnologías de la información y la comunicación.

En total, durante el 2006, ha sido enviados 253 e-mails a las asociaciones de pacientes, obteniendo una tasa de respuesta del 20,95%; 16.531 e-mails a los médicos con una tasa de respuesta del 13,3%; 13.583 a las enfermeras con una tasa de respuesta del 8,61% y, finalmente, 7.648 a los farmacéuticos con una tasa de respuesta del 11,74%.

Toda esta recogida sistemática de información ha facilitado el análisis de los usos y las prácticas de los agentes del sistema sanitario catalán teniendo en cuenta las áreas emergentes señaladas por Powell (2005): calidad de la información sobre salud en Internet; el uso de la información sobre salud por parte de los individuos; el efecto del uso de Internet en la relación profesional sanitario-paciente; las comunidades virtuales de apoyo y la provisión de servicios de salud a través de Internet.

World Wide Web y Salud. Infodemiología o epidemiología de la (des)información: Las webs de salud en Cataluña

Desde mediados de la década de los noventa, tras el nacimiento de la World Wide Web y los primeros navegadores, profesionales de la salud e instituciones han mostrado su interés por la potencialidad de la Red como fuente de información y su preocupación por las consecuencias que esta información podría tener sobre la salud de los individuos. Esto, junto con el crecimiento de los usuarios de Internet que utilizan la Red como fuente de información sobre salud, ha facilitado la emergencia de una nueva disciplina relacionada con el estudio de los determinantes y la distribución de la información/desinformación sobre salud conocida como «infodemiología» o «epidemiología de la (des)información» (Eysenbach, 2002). El análisis de 1.240 páginas web nos ha permitido la identificación de los agentes responsables de las webs de salud destacando que la presencia en la Red está liderada por los profesionales: un 47,2% de los recursos analizados pertenecen a estos (principalmente a sus colegios y academias profesionales), mientras que un 23% están

4. Los e-mails que permitieron el lanzamiento de la encuesta fueron recogidos de la Guía de Entidades de Pacientes del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, teniendo en cuenta las cuestiones relacionadas con la privacidad, la confidencialidad y legalidad de la acción

directamente relacionados con los usuarios, bien sea a través de sus asociaciones o mediante webs personales.

Si abordamos Internet como un espacio de información se observa que el 55,9% de los recursos poseen información sanitaria[5]. Además, el 70,6% de los recursos ofrecen información sobre la dirección postal, el 72,1% ofrecen el número de teléfono y un 13,7% disponen de publicidad.

Estos datos son coherentes con las respuestas recogidas en la encuesta online. A la pregunta «Señale las acciones que realiza a través de su sitio web» el 81,3% reconoce que ofrece sus datos de contacto; el 75,9% ofrece contenidos relacionados con un problema de salud y el 63,4% ofrecen servicios que realizan presencialmente.

Si abordamos la Red como un espacio de interacción (comunicación y servicios) se observa que el correo electrónico es la aplicación más extendida (78,9%). Sin embargo, la presencia de otro tipo de aplicaciones es aún escasa: un 9,2% de los recursos disponen de fórums electrónicos, un 8,8% disponen de listas de distribución y un 2,3% de chat. También es destacable la escasez de aplicaciones relacionadas con la oferta de servicios: un 14,6% de los recursos dispone de formularios de consulta, un 10,1% de intranets, un 4,1% disponen de comercio electrónico y tan sólo un 1,4% ofrecen servicios asistenciales.

El análisis de los criterios de análisis relacionados con la calidad de los recursos web muestra que la calidad de la información sanitaria disponible en Internet es media. Un 66,3% de la información sanitaria contiene el autor de dicha información, un 60,3% el perfil profesional y un 50,2% la fecha de publicación. No obstante, tan sólo un 39,7% de los recursos cumplen los tres criterios.

La existencia de cláusulas que garanticen la privacidad, la confidencialidad u otras cuestiones legales está tan sólo presente en el 20,8% de los recursos analizados. Esto nos ofrece una buena aproximación de los niveles de calidad de los procesos relacionados con los servicios ofrecidos a través de Internet. Por último, tan sólo un15% de los recursos analizados cumplen los requisitos relacionados con la usabilidad del sitio web.

Todos estos datos y las relaciones significativas encontradas entre las diferentes variables de nuestro estudio nos permiten concluir que la Red se constituye, mayoritariamente, como un espacio de contenidos, con escasa presencia de aplicaciones de comunicación y servicios, por tanto, con un es-

5. Entendida como «aquella información que puede ser útil para el mantenimiento de la salud, para prevenir o gestionar enfermedades, así como para tomar decisiones relacionadas con la salud o la asistencia sanitaria» (eHealth Code of Ethics, (2000)

caso grado de interacción. Existe una elevada presencia tanto del correo electrónico como de la dirección postal y del teléfono, lo que nos hace pensar que los procesos de comunicación y servicios se realizan de forma presencial. Internet se configura como un espacio de entrada que desvía los procesos de interacción hacia el espacio físico presencial. En este sentido, la escasa presencia en la Red de las organizaciones proveedoras de servicios sanitarios y de la administración pública –en comparación con el resto de agentes identificados–, sumado al escaso número de aplicaciones de comunicación y servicios hacen que sea poco probable la atención o la gestión de las demandas de los usuarios a través de Internet.

A pesar de la importancia que tienen las organizaciones proveedoras de servicios sanitarios, su presencia en Internet aún es escasa. Esto, por un lado, dificulta el desarrollo de las innovaciones organizativas internas que podrían estar asociadas a la presencia y la interacción con el resto de agentes a través de Internet. Y, por otro lado, refuerza la hipótesis de los centros asistenciales como nodos de una red con escasa interconexión a través de Internet con los usuarios y con otros centros. En este sentido, se reproduce la organización social tradicional de los centros asistenciales como organizaciones centradas en sí mismas y no en los usuarios.

Si nos referimos a la organización social de los actores, se observa que Internet está reproduciendo la organización social de un sistema basado en los conocimientos de los profesionales frente al resto de actores. La aparición y el uso de Internet no ha supuesto ningún cambio sustancial, se mantiene un modelo centrado en los profesionales dados sus conocimientos.

Los datos obtenidos nos permiten suponer que los usuarios de la Red poseen información sobre los temas relacionados con la salud, ya que es la principal aplicación de Internet. En el caso de que esta información sea percibida como de buena calidad, podría aumentar el conocimiento sobre el tema de salud consultado, aumentando el nivel de autonomía del usuario. No obstante, esta información también podría provocar por su baja calidad un aumento de la confusión, disminuyendo la autonomía. Además de la calidad de la información, la interacción juega un papel clave en los procesos de autonomía. Una mayor interacción está relacionada con una mayor autonomía. La escasa presencia de aplicaciones de comunicación y servicios existente, así como sus niveles de calidad, hacen que la interacción entre profesionales y usuarios sea poco probable que se produzca en la Red. Suponemos que el posible «empoderamiento» –entendido como la capacidad de los individuos para tomar decisiones sobre su propia salud– que pudiesen tener los usuarios del sistema a través del acceso a los contenidos, queda atenuada por la escasez de aplicaciones que permitan la interacción a través de Internet con los proveedores de estos contenidos. Este hecho no supone que esta interacción no se pueda producir de forma presencial. En este sentido, podríamos pensar que la demanda, independientemente del tipo de necesidad, es

desviada hacia el sistema sanitario «presencial», es decir hacia las organizaciones o los profesionales que prestan los servicios de salud.

No obstante, los datos obtenidos respecto a la presencia de aplicaciones relacionadas con la interacción en los recursos de los usuarios del sistema sanitario nos hacen pensar que la interacción entre usuarios es más probable que se esté produciendo. Todo esto podría tener un impacto en los aspectos prácticos o afectivos de las consultas de salud, más que en su tratamiento o diagnóstico. Asimismo, la organización y la interacción de los usuarios de Internet podrían constituirse como presión para que se produjese una reacción en la oferta, es decir, cambios en la organización y la gestión de los centros proveedores de servicios sanitarios. Esta posible reacción haría necesario que el papel de la administración pública, como garante del marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de salud, también se extendiese al ámbito de Internet.

Salud y usuarios de Internet

Nuestra encuesta nos muestra un perfil de usuario de Internet relacionado con temas de salud que se caracteriza por: la alta proporción de mujeres, un nivel de estudios elevado, facilidad de acceso a Internet desde su propio hogar, la alta frecuencia y una relación laboral con el ámbito sanitario.

La principal fuente de información y de mayor confianza sobre temas relacionados con la salud es indiscutiblemente el médico, el 51,7% de los encuestados confían mucho en sus médicos. Internet se sitúa en segundo lugar en frecuencia de uso. Los usuarios de Internet acuden a esta fuente principalmente por su accesibilidad (el 79,4% señalan la rapidez de acceso a la información y el 50,7% la facilidad de buscar y encontrar la información) y por la gran cantidad de información disponible sin costes asociados (el 46,4% señalan que existe mucha información disponible y un 34,7% señalan que la información es gratuita). Finalmente, para acceder a la información un 90% de los encuestados utilizan un buscador.

A pesar de estas ventajas un 42,8% de los individuos destacan como principal limitación la escasa oferta de sitios web de carácter institucional; un 27,8% la poca disponibilidad de lugares en catalán y un 26% destacan la falta de confianza y la falta de conocimientos sobre cómo buscar en Internet.

La principal consecuencia del uso de Internet para cuestiones relacionadas con la salud es el aumento de información disponible, un 81,8% de los individuos señalan que disponen de más información sobre temas de salud y el 97,2% señalan que Internet les ha ayudado a conseguir esta información. Con esta información, un 12,2% de individuos toman decisiones relativas al diagnóstico y un 10,8% toman decisiones relativas al tratamiento del problema de salud que abordan.

A pesar de todo esto, los individuos, todavía no comparten con los médicos la información que han encontrado en la Red. Un 77,9% de los individuos declaran que nunca han hablado con su médico sobre este tema. Tampoco el profesional médico toma la iniciativa de reconocer Internet como fuente de información, aproximadamente el 80% de los individuos han señalado que su médico ni les aconseja ni desaconseja el uso de Internet. Estos datos revelan que mientras el uso de Internet forma parte de la vida cotidiana de los individuos, todavía no está presente en las interacciones médico-paciente.

No obstante, se constatan cuatro hechos. En primer lugar, aquellos individuos más activos a la hora de interesarse por los temas de salud y que hacen un mayor uso de diferentes fuentes de información también hacen un mayor uso de Internet. En segundo lugar, los individuos de nuestra encuesta reconocen que un aumento de la información disponible sobre temas de salud mejora o mantiene el estado de salud. En tercer lugar, que Internet como espacio de comunicación todavía está infrautilizado. Por último, los usuarios de Internet encuestados integran este nuevo medio dentro de su vida cotidiana pero manteniéndolo al margen del sistema de salud formal.

Asociaciones de pacientes: participación presencial y difusión de información en Internet

Internet es utilizado por las entidades como un espacio de contenidos que permite a través de la Web difundir informaciones relativas a la entidad y a la temática que aborda. Aproximadamente el 75% de las entidades disponen de un sitio web y una dirección de correo electrónico. Las aplicaciones de Internet relacionadas con procesos de comunicación más interactivos son utilizadas minoritariamente, tan sólo el 25% de las asociaciones disponen de un foro electrónico.

El escaso personal disponible y la falta de recursos económicos son los impedimentos que tienen las entidades para crear en Internet un espacio de interacción. Este espacio favorecería la creación de una comunidad virtual, autónoma o que apoyase la comunidad presencial. En cualquier caso, Internet en sí no aísla a las entidades o a sus asociados. Aquellas entidades que utilizan más intensamente los medios de comunicación tradicionales también utilizan Internet con más intensidad.

La principal conclusión de nuestro estudio es que Internet como espacio de información, comunicación y organización social también necesita personas que dinamicen esta esfera de participación en dos niveles fundamentales. Por una parte la generación o mantenimiento de la tecnología relacionada no tanto con ordenadores o conexión a Internet sino con las aplicaciones, y por otra parte, es necesario que, igual que se impulsan actividades cara a cara, se impulsen y dinamicen actividades virtuales, es decir actividades que puedan ser realizadas total o parcialmente a través de Internet.

Médicos e Internet[6]

Un 96,1% de los encuestados utilizan Internet directa y regularmente y un 93% declara que lo utiliza en su práctica profesional. Además, el 73,3% de los médicos consideran que el uso de Internet es muy útil para su práctica profesional. Aquellos profesionales que realizan un mayor número de actividades relacionadas con la práctica asistencial, la docencia, la investigación o la gestión son quienes utilizan Internet con mayor frecuencia.

La Red es concebida por los profesionales médicos principalmente como un espacio de información. Un 65% de los profesionales consideran que la información ofertada en Internet es relevante y consideran que la consulta de información podría tener consecuencias positivas tanto sobre la relación médico-paciente como sobre el conocimiento del paciente sobre su tratamiento. No obstante, un 49% de los médicos no recomiendan la consulta de sitios de información médica o de salud a sus pacientes y aquellos que lo hacen lo realizan con poca frecuencia.

Otro elemento destacado es el escaso uso que hacen los médicos de este medio tanto para difundir sus trabajos (un 45,6% de los profesionales declaran que raramente realizan esta actividad y un 36,1% nunca realizan esta actividad) como para construir sus propios sitios web (un 19,1% de los profesionales declaran que disponen de un sitio web personal y tan solamente un 5,1% disponen de un blog). El uso de Internet como espacio de comunicación entre profesionales está muy extendido, lo que contrasta con el uso de este medio para relacionarse con sus pacientes: sólo el 21,9% de los médicos declaran que utilizan Internet o el correo electrónico con este fin. Se observa que aquellos profesionales que desarrollan su labor en el sector privado son quienes más utilizan Internet y el correo electrónico para comunicarse con sus pacientes.

Las razones que explican este escaso uso están relacionadas con las barreras para el uso de Internet: un 54,2% de los encuestados declaran la falta de tiempo como barrera para el uso de Internet. La falta de seguridad y de confidencialidad en los datos, es señalada en segundo lugar por un 35,7% de los profesionales. Finalmente, la falta de formación específica es señalada por un 29,9%.

La principal conclusión de nuestra investigación es que los médicos son usuarios intensivos de Internet y valoran el potencial de esta tecnología para comunicarse con los pacientes, pero la organización de su trabajo, su falta de tiempo y su falta de formación en este nuevo medio les impide aprovechar las ventajas de la Red.

6. Para una exposición más detallada además del informe completo, se puede consultar Castells, M., Lupiáñez, F. (2007). Médicos en Internet. Col•legi Oficial de Metges de Barcelona. Retrieved February 12, 2008, from http://www.comb.cat/Upload/Documents/Articulo_medicos_Internet.pdf

En este sentido, el análisis multivariante muestra que el hecho de recomendar a sus pacientes que consulten temas de salud en Internet aumenta en probabilidad con el hecho de hablar con ellos sobre lo que éstos han encontrado; con la valoración de la relevancia de los contenidos; con el considerar que el que los pacientes consulten temas sanitarios en la red mejoraría tanto la relación médico-paciente como el conocimiento de los pacientes y, finalmente, con el hecho de disponer en Internet de un espacio web. El análisis sobre los condicionantes de la mejora en la relación médico-paciente nos muestra que la proporción de profesionales que tienen la percepción de que mejora está relacionado positivamente con el nivel de actividades que realizan los profesionales en Internet; con la valoración que hacen de los contenidos sobre salud y con el hecho de hablar con sus pacientes sobre lo que éstos hallan en Internet.

Enfermeras e Internet

El 94% de las enfermeras utilizan Internet regularmente, pero en este caso lo hacen mayoritariamente desde casa. Además, aproximadamente el 25% de las encuestadas declaran que no utilizan Internet en su práctica profesional. Esto pone en evidencia los esfuerzos que todavía tienen que realizarse por conseguir la adaptación de esta tecnología al contexto profesional de las enfermeras que tienen como principales barreras que no disponen de conexión ni de tiempo. De nuevo son los factores organizativos y no los relacionados con las capacidades de los individuos los que limitan el uso de Internet.

Por otro lado, a pesar del reconocimiento de la relevancia de los contenidos disponibles en Internet y valorar muy positivamente las consecuencias que estos contenidos tienen sobre la autonomía y la calidad de vida de sus pacientes, son todavía muy pocas las profesionales que utilizan la Red para generar o distribuir contenidos sobre salud. Sólo una minoría de las enfermeras participa activamente en grupos de discusión sobre su área de especialidad o participan en lugares web relacionados con grupos de pacientes. Además las enfermeras son prudentes a la hora de recomendar a sus pacientes la consulta de informaciones sobre salud en Internet y condicionan este hecho a la supervisión que puedan hacer tanto de los contenidos como del uso que hagan de éstos los pacientes.

Una de las aplicaciones más extendidas de Internet es el correo electrónico. Esta aplicación es utilizada por un 75% de las enfermeras para comunicarse con otros profesionales del sector, no obstante este porcentaje disminuye hasta el 7% en el caso de la comunicación con pacientes.

Farmacéuticos e Internet

Los resultados de nuestra encuesta nos muestran que los farmacéuticos que han participado en nuestro estudio destacan por la intensidad de uso de Internet, por los años que llevan conectados a la Red y por la altísima utilidad que encuentran en esta tecnología. Estos hechos se sitúan en un contexto profesional relacionado mayoritariamente con los establecimientos farmacéuticos y con la industria farmacéutica. Ambos escenarios se caracterizan por un alto nivel de regulación y una clara orientación al mercado. Sin duda, estas características han favorecido el alto nivel de penetración de Internet entre estos profesionales.

Internet es concebido por los farmacéuticos, al igual que en el caso del resto de profesionales sanitarios y de los usuarios de Internet, como un espacio de información que valoran como relevante. A pesar de esto, tan sólo una minoría de farmacéuticos recomienda la consulta de información sobre salud en la Red (un 51,4% de los encuestados declaran que nunca han realizado esta acción y un 40,2% señalan que lo han hecho en contadas ocasiones).

Los farmacéuticos declaran que el uso de estos contenidos por parte de los usuarios tiene consecuencias positivas sobre la calidad de vida, la autonomía, el conocimiento que tengan los usuarios y la relación de éstos con los profesionales sanitarios. En este sentido, los farmacéuticos valoran más positivamente que el resto de profesionales el aumento de la información disponible en la Red y temen en menor medida el cuestionamiento de sus conocimientos por parte de los pacientes. La explicación a estas valoraciones está sin duda relacionada con la accesibilidad de los farmacéuticos a los ciudadanos y con la presión del mercado que tienen estos profesionales.

La alta disponibilidad de los farmacéuticos al público hace que el «control» de calidad sobre las informaciones que les puedan mostrar los usuarios sea realizado presencialmente y sin restricciones temporales. Mientras que para el resto de profesionales sanitarios este aumento de información no ha venido acompañado de un aumento de los canales de comunicación ni una transformación del encuentro presencial. Además, los farmacéuticos tienen claros incentivos para atender a sus «clientes» de una manera adecuada con independencia de las informaciones con las que acudan, ya que su comportamiento puede tener consecuencias sobre el cambio de establecimiento farmacéutico.

Nuestros resultados nos muestran que la mayoría de los farmacéuticos utilizan Internet como un espacio de consumo de información y minoritariamente como un espacio de creación o distribución de sus propios contenidos. No obstante hemos de destacar que tanto las farmacias como la industria farmacéutica comienzan a generar información en la Red (un 20,5% disponen de un sitio web personal y un 15,5% disponen de un blog) ya que son conscientes que han de situarse en este nuevo espacio si quieren ser competitivos en un sector tan dinámico como el farmacéutico.

Un número relevante de farmacéuticos comienzan a utilizar la Red como espacio de comunicación con otros profesionales sanitarios (73,3%) y, en menor medida, con los usuarios (38%).

La valoración que hacen los farmacéuticos de las dificultades en el uso de Internet están relacionadas con la gestión del tiempo, es decir en cómo adaptan el uso de estas tecnologías a su actividad diaria, y no con la infraestructura tecnológica o con sus competencias profesionales. Es relevante que los profesionales que trabajan en la industria señalan en menor medida que el resto de profesionales esta dificultad. Este hecho es un buen indicador del éxito que han podido alcanzar las empresas de este sector en la implantación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Esta interpretación es coherente con la principal ventaja señalada por los farmacéuticos: el uso de Internet en su práctica profesional mejora la eficiencia y la productividad en su trabajo.

Como el resto de profesionales sanitarios, los farmacéuticos ven en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, especialmente Internet, un reto complejo donde interaccionan factores sociales, económicos, culturales y tecnológicos. No obstante, en el caso de la mayoría de estos profesionales la presión del mercado a la que están sometidos acelera y facilita la penetración de estas nuevas tecnologías en la medida en que son ellos mismos los que se apropian de una parte importante de los beneficios económicos y sociales que se producen.

Conclusiones: La salud en la transición hacia la sociedad red en Cataluña

Cataluña se encuentra en un proceso de transición hacia la sociedad red (Castells, Tubella et. al., 2007). Los resultados de nuestra investigación permiten afirmar que su sistema de salud también se encuentra en un periodo de transición.

Si abordamos las áreas emergentes señaladas por Powell (2005) observamos que la calidad de la información sobre salud en Internet aún es un reto pendiente y que el uso de esta información es ya una realidad para muchos de los actores del sistema de salud. Las consecuencias de esta información sobre la salud de los individuos son positivas o «neutras», en la medida que no modifican sustancialmente sus conductas. Esto sugiere que los individuos han adoptado Internet como una fuente de información más y hacen un uso «racional» de este «recurso», teniendo en cuenta que los profesionales sanitarios continúan siendo la referencia fundamental. A pesar de todo esto, se constata que Internet como fuente de información y comunicación aún no forma parte directa de la relación profesional sanitario –paciente, ya que en general ninguno de los actores ha tomado la iniciativa de incluir este medio en sus encuentros presenciales. Sin lugar a dudas, los factores culturales relacionados con las asimetrías de información-poder de estos actores no facilitan la introducción de Internet

en el sistema de salud. El aumento de la información disponible no ha venido acompañado de un aumento de los canales de comunicación, que básicamente continúa siendo la consulta presencial, independientemente del tipo de la cuestión de salud que se aborde.

Si abordamos el área de las comunidades virtuales de apoyo, nuestros datos sobre las asociaciones de pacientes destacan por la escasa presencia de aplicaciones en Internet que generen este tipo de espacios. Además, se constatan las dificultades de estas entidades a la hora de desarrollar proyectos online dadas sus limitaciones económicas y de recursos humanos. Por último, la provisión de servicios de salud a través de Internet es aún mínima, lo que tampoco facilita que se produzcan cambios en los modos de producción y consumo de servicios sanitarios ni en la experiencia de los actores, es decir en la estructura social del sistema de salud.

No obstante, los resultados de nuestras encuestas nos muestran que los profesionales sanitarios, los usuarios de Internet y las asociaciones de pacientes hacen una valoración positiva de Internet, lo que sin duda facilita la difusión del uso de esta tecnología y su encaje en la estructura social. Esta valoración positiva queda matizada por dos cuestiones. Por un lado, para garantizar que el aumento de los flujos de información tenga consecuencias positivas sobre la salud de los ciudadanos y sobre la relación que éstos tienen con los profesionales sanitarios, es necesario que en primer lugar aumenten los flujos de comunicación entre los agentes y las instituciones, teniendo siempre en cuenta la coordinación de los diferentes canales (presencial, telefónica e Internet). En segundo lugar, es necesario que se potencien las redes de creación, distribución y utilización de contenidos de salud de calidad en Internet. Este hecho tendría que venir acompañado de una participación más activa de los todos los actores en su presencia en Internet y que esta presencia tenga como finalidad generar contenidos de calidad y de utilidad para los pacientes.

Por otro lado, que las barreras señaladas por todos los agentes en el uso de Internet y los sistemas de información estén más relacionadas con los factores organizativos (falta de tiempo, problemas de confidencialidad y seguridad en los datos) que con las características de los individuos (edad, género, nivel educativo, intensidad, experiencia y utilidad en el uso de Internet) o las infraestructuras tecnológicas (acceso a un ordenador conectado o falta de ancho de banda) sitúa la difusión de las tecnologías de la información y la comunicación en las organizaciones como el factor crítico. En este sentido, la implantación de estas tecnologías tiene que conseguir una racionalización de la gestión manteniendo un equilibrio de los intereses, valores y creencias de todos los agentes involucrados (responsables políticos, gestores, profesionales sanitarios y ciudadanos). Este equilibrio será más probable si se potencian los procesos de interacción, flexibilidad y descentralización; esto es, si se potencian las cualidades propias de la Red.

Bibliografía

Castells, M.; Tubella, I.; *Et Al.* (2007). La Transición A La Sociedad Red. Barcelona: Ariel; Editorial Uoc.

Castells, M.; Lupiáñez, F.; *Et Al.* (2007). La Modernización Tecnológica, Cambio Organizativo Y Servicio A Los Usuarios En El Sistema De Salud De Catalunya. Universitat Oberta De Catalunya. Internet Interdisciplinary Institute. [Fecha De Consulta: 06/06/2007] Http://Www.Uoc.Edu/In3/Pic/Esp/Salud.Html

Castells, M. (2006). Informacionalismo, Redes Y Sociedad Red: Una Propuesta Teórica. En: CastelLs, M. (Ed.) (2006). La Sociedad Red: Una Visión Global. Madrid: Alianza Editorial

Eysenbach, G. (2002) Infodemiology: The Epidemiology Of (Mis)Information. The American Journal Of Medicine 113(9):763-765

Eysenbach, G. (2000). «Recent Advances: Consumer Health Informatics». Bmj. Vol 320, 1713-1716.

Fieschi, M. (2002) Information Technology Is Changing The Way Society Sees Health Care Delivery. International Journal Of Medical Informatics 66(1-3):85-93

Hardey, M. (2001) «E-Health»: The Internet AnD The Transformation Of Patients Into Consumers And Producers Of Health Knowledge. Information, Communication & Society 4(3):388-405

Jadad, A. R.; Delamothe, T. (2004). «What Next For Electronic Communication And Health Care?». *British Medical Journal.* Núm. 328(7449), Pág. 1143-1144

Murero M Rice R. E. (2006) The Internet And Health Care. Theory, Research And Practice. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey

Oecd. (2007). Health At A Glance 2007. Oecd Indicators. París: Oecd.

Pickstone, J. (2000) Ways Of Knowing: A New Science, Technology And Medicine. Manchester: Manchester University Press.

Powell Ja, Lowe P, Griffiths Fe, Thorogood M (2005) A Critical Analysis Of The Literature On The Internet And Consumer Health Information. J Telemed Telecare 11 Suppl 1:41-43

Rice, R.; Katz, J. (2001). The Internet And Health Communication. Experiences And Expectations. California: Sage Publications.

Smith, R. (1997). The Future Of Healthcare Systems. British Medical Journal. 314(7093):1495

The RoYal Society (2006) Digital Healthcare: The Impact Of Information And Communication Technologies On Health And Healthcare. U.K: Clyvedon Press

3. CALIDAD DE PÁGINAS WEB CON INFORMACIÓN DE SALUD

PROGRAMAS DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS WEB AL SERVICIO DE LOS USUARIOS DE SALUD

Miquel A. Mayer Pujadas

Resumen

Internet constituye una fuente de información general y sanitaria de referencia cada vez más influyente, sin embargo, la calidad de dicha información en la Red es extremadamente variable, además la «Web social» o Web 2.0 se está mostrando como una plataforma extraordinaria para compartir información de salud. Se han planteado diferentes estrategias para poder garantizar la calidad de contenidos de webs sanitarias con el fin de encontrar soluciones que orienten tanto a los profesionales como a los usuarios de salud sobre el correcto uso de este extraordinario entorno de información. Entre las iniciativas de calidad existentes en España debemos destacar el programa de calidad Web Médica Acreditada iniciado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona en el año 1999. La calidad y efectividad futura de sistemas y programas que buscan la mejora de los servicios ofrecidos por webs sanitarias puede depender del uso de nuevos recursos tecnológicos, incluyendo una nueva generación de herramientas inteligentes basadas en Web Semántica y metadatos (datos sobre datos), lo que algunos ya llaman Web 3.0. En este artículo se describen las características de Web Médica Acreditada y cómo se aplican estas nuevas tecnologías en la Red. Los diferentes actores implicados en este escenario, asociaciones de pacientes, colegios profesionales, organizaciones no gubernamentales, administraciones, industria farmacéutica y tecnología informática tienen todos un papel fundamental, a la hora de seguir avanzando, creando las bases de nuevos servicios en la Red y cómo deben desarrollarse de la forma ética y legal más adecuada.

Palabras clave: Internet, certificación, calidad, información de salud, Web 2.0, Web semántica

1. El uso de Internet con fines sanitarios

Internet se ha constituido como una fuente de información general y sanitaria de referencia cada vez más habitual, tanto por parte de usuarios en general como por pacientes y profesionales de salud (Mayer & Leis, 2008; Lupiáñez, 2007). Internet ha dado lugar a nuevas formas de relaciones interpersonales y sociales más allá de aspectos territoriales característicos de las comunidades tradicionales, y es una

extensión de la vida real en todas sus dimensiones y modalidades (Castells, 2001). Millones de personas en todo el mundo buscan información sanitaria en la Red, sobre enfermedades y sus tratamientos o diagnósticos, acerca de medicamentos y medidas diversas de prevención. La obtención de consejos médicos a través de la consulta virtual mediante el correo electrónico, los chats o foros cada vez es más habitual. En los últimos dos años, la llamada «Web social» o Web 2.0 está significando una verdadera revolución ya que permite un dinamismo y participación hasta ahora nunca imaginable, con un incremento extraordinario en la cantidad y variedad en contenidos e información (Mayer & Pareras et al, 2008). Sin embargo, la calidad de la información sobre temas de salud en la Red es extraordinariamente variable, desde aquella basada en la evidencia científica, hasta remedios caseros o de muy dudoso origen, cuya aplicación puede derivar en efectos nocivos para la salud.

La creciente utilización de Internet por parte de la población en general (cerca del 50% en mayores de 14 años, según datos de la Encuesta General de Medios de febrero 2008), la comodidad que conlleva acceder a múltiples servicios y fuentes de información que ofrece la Red de una forma rápida desde cualquier lugar y momento, favorece la búsqueda de información sanitaria en la Red. Existen diversos estudios y trabajos que resaltan que entre un 40% y un 80% de los usuarios de Internet realizan consultas sobre temas médicos y su número sigue en aumento (HON, 2005).

No existen datos concretos que indiquen qué efectos reales está teniendo en la salud de los usuarios, pacientes y sus familiares, así como en la salud pública en general, ni de qué forma y grado está modificando la relación médico-paciente tradicional. En un estudio realizado «on line» sobre usuarios habituales de Internet por la Health on the Net Foundation (HON, 2005) en el que se valoraba la manera en la que utilizaban estos usuarios la información obtenida en la Red, en un 69% de los casos el usuario y/o paciente comentaba con su médico habitual esta información.

Diversos trabajos han realizado un análisis de los múltiples indicadores y metodologías que han utilizado diferentes propuestas para intentar establecer y aplicar unos criterios en la evaluación de la calidad de webs de contenido sanitario. Las conclusiones más importantes que podemos extraer de estos estudios son que existe una disparidad extraordinaria en la definición y características de la calidad y los criterios o indicadores que debemos utilizar para establecerla, así como la diversidad en la metodología para operativizar su aplicación (Eysenbach, 2002).

De ahí la importancia de seguir realizando estudios que permitan relacionar de una forma más directa la calidad de la información y sus posibles efectos sobre los usuarios de Internet, así como conocer con más detalle qué factores influyen en la forma en que estos usuarios utilizan la información obtenida y así desarrollar herramientas que mejoren su educación sanitaria en relación con el uso de Internet.

2. Los Sellos de Calidad como estrategia de mejora

La variedad en la calidad y el amplio uso de información y servicios de salud en Internet interesa y preocupa a muchos usuarios, organizaciones e instituciones. Así la Unión Europea, estableció en el año 2000 un grupo de trabajo para la elaboración de unos criterios de calidad que deberían cumplir las webs de contenido sanitario, estableciendo un punto de referencia común a partir del cual los diferentes actores que trabajan en estos temas puedan adaptar las recomendaciones a las necesidades y características propias de cada organización y país. El documento definitivo con dichas recomendaciones se publicó en el año 2002 (Comisión Europea, 2002).

Se han planteado diferentes estrategias para poder garantizar la calidad de contenidos de webs sanitarias con el fin de encontrar soluciones que orienten tanto a los profesionales como a los usuarios de salud sobre el correcto uso de este extraordinario entorno de información. Entre estas estrategias podemos destacar aquéllas que favorecen la formación de los propios usuarios de Internet, capacitándoles para un mejor conocimiento de este entorno y un uso más eficiente de las técnicas de búsqueda de información o aconsejando de forma activa por parte de los profesionales a los pacientes sobre aquellos recursos que son de calidad, ofreciendo guías de uso para la correcta valoración de las webs visitadas. Quizás el procedimiento que más aceptación ha tenido es la elaboración de guías de recomendaciones, códigos de ética y de conducta para los desarrolladores por parte de organizaciones independientes, que en muchas ocasiones se acompañan de la incorporación, en las webs sanitarias, de diferentes tipos sellos de calidad que indican la confianza, calidad y validez de la información y de sus responsables (Mayer, 2001; Risk, 2001; Wilson, 2002). En una encuesta realizada en el año 2002 por la Health on the Net Foundation (HON), un 59% de los participantes estaría a favor de la certificación o acreditación de las páginas web, frente a un 25.3% que estaría en desacuerdo. Existen diferentes niveles de certificación y control de calidad, los más elementales se limitan a proporcionar unos criterios de calidad recomendados para las webs de contenido sanitario, propugnando unos códigos de ética y conducta a los que, de forma voluntaria, se adhieren los responsables de la web. Un sistema más sofisticado consiste en garantizar la calidad del formato y los contenidos de una web mediante una revisión sistemática por parte de una organización independiente. En un estudio (en prensa) se demostró que entre los resultados ofrecidos por Google o Yahoo sobre cáncer y vacunas, alrededor de un 20-30% de las webs ofrecían información que se alejaba claramente de la aceptada por la comunidad médica con las consecuencias que esto podría tener entre los usuarios de Internet.

Entre los sistemas más sofisticados en el ámbito europeo, debemos destacar la propuesta realizada por HON, que aplica una revisión a las webs que se adhieren y debe considerarse como un sistema de terceras partes. Iniciativas como la de la American Medical Association (AMA)[1] además de elaborar una guía de

1. American Medical Association: http://www.ama–assn.org/

recomendaciones sobre la calidad de una web sanitaria y la comunicación electrónica con los pacientes, revisan las webs que se hallan relacionadas con dicha institución, contrastando la calidad de sus contenidos científicos con criterios similares a los de cualquier otra publicación científica. Más tarde, iniciativas financiadas por la Unión Europea como MedCERTAIN y posteriormente MedCIRCLE (Kohler 2002), ofrecieron la primera aproximación en la conjunción de tecnologías web como los metadatos en la aplicación de la calidad y certificación de webs sanitarias.

En España, donde existen diversos sellos, la mayoría de los cuales son de dudosa utilidad por su origen y por la falta de una clara metodología de revisión, destaca el sistema de acreditación Web Médica Acreditada iniciado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona en el año 1999 que se ha consolidado como referente de calidad para webs de habla española y catalana y que actualmente es el único que cuenta con el aval de un colegio profesional y una metodología de trabajo científica en la que se aplican además tecnologías avanzadas basadas en metadatos (Mayer, 2001, 2006, 2007, 2008) . Esta iniciativa, tal y como quedó reflejado en una encuesta publicada en 2005 por la Health on the Net Foundation, se halla entre los sistemas de acreditación y marcas de calidad de webs sanitarias más conocidos mundialmente y que describiremos a continuación.

3. Web Médica Acreditada: programa de Calidad de Webs Médicas

Figura 1. Página principal de programa de calidad Web Médica Acreditada



3.1. Aspectos generales

Web Médica Acreditada (WMA)[2] es un programa de calidad promovido por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) que fue puesto en marcha durante el año 1999. El Colegio Oficial de Médicos de Barcelona fue consciente de la importancia que iban a tener estas herramientas en el quehacer diario de la profesión médica, entre los usuarios de salud y pacientes a los que dan servicio y en la sociedad en general, y por tanto de la necesidad de regular de alguna forma el desarrollo de estos servicios que podrían comenzar a cambiar la relación médico-paciente, entendida y basada tradicionalmente en el contacto y seguimiento de los pacientes en las consultas.

El equipo que trabaja en WMA es multidisciplinar y está formado por médicos, abogados, un comité deontológico, informáticos y diseñadores web. Fundamentalmente se basa en la aplicación del Código de Conducta creado por WMA y a través de la revisión activa de las webs que se incluyen de forma voluntaria en el programa de calidad (paso 1 de la figura 2). Una vez se han cumplido los requisitos exigidos, se concluye la certificación de la web y se concede un sello de calidad (a través de un código HTML) que indica su adhesión al programa de calidad y que contiene información sobre la misma (paso 2 de la figura 2) y se genera un documento en formato de metadatos. El código de conducta contiene los siguientes criterios generales:

FIGURA 2. ESQUEMA GENERAL DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE WEB MÉDICA ACREDITADA

2. Web Médica Acreditada: http://wma.comb.es

– Identificación: autoría, institución y responsables de la web.
– Contenidos: actualización y fuentes de información de los contenidos y Accesibilidad web.
– Confidencialidad: las medidas de confidencialidad seguidas por la web y los datos de los usuarios.
– Control y validación: utilización de forma adecuada del sello de calidad concedido.
– Publicidad y fuentes de información.
– Consulta virtual.
– Incumplimiento y responsabilidades: detección de problemas en los servicios ofrecidos por la web.

En la figura 2 se muestra de forma simplificada el proceso de certificación de Web Médica Acreditada. Actualmente se han recibido más de 1000 solicitudes y existen cerca de 600 webs incluidas en el programa.

3.2. Nuevas tecnologías web aplicadas

La actividad que corresponde a propuestas de calidad como los sellos e iniciativas relacionadas no puede olvidar las nuevas herramientas, fundamentalmente informáticas y de seguridad, que nos ofrece Internet de forma continuada, tanto los cambios que estamos viviendo con la Web 2.0 como también con aquellos servicios avanzados que nos ofrecen las tecnologías en la Red. Concretamente, se espera mucho de los estándares que se están desarrollando y aplicando por la W3C[3] basados en metadatos y Web Semántica (Berners-Lee 2001). De esta forma durante los años 2002-2004, con la participación en el proyecto MedCIRCLE (Collaboration for Internet Rating, Certification, Labeling and Evaluation of Health Information of the Semantic Web) se desarrolló un conjunto de estándares para webs sanitarias y la utilización de metadatos (Kohler 2002), adquiriendo las bases necesarias para el desarrollo de dichas tecnologías en su máxima expresión aplicada a la calidad de contenidos web, lo que se ha venido a llamar Web 3.0. Este trabajo se ha consolidado en los proyectos europeos más recientes como QUATRO, MedIEQ y QUATRO Plus, dos de los cuales, en desarrollo actualmente, pasamos a describir a continuación.

3.2.1 Quality Assurance and Content Description Plus (QUATRO Plus)

Se inició en 2007 en el marco del programa europeo «Plan de Acción por un Internet Seguro Plus» con el propósito de ofrecer herramientas que ayuden a los usuarios a encontrar en Internet la información que necesitan, filtrando la información que no ofrece suficiente confianza. QUATRO Plus[4] hará posible que los provee-

3. World Wide Web Consortium (W3C): http://www.w3.org

4. QUATRO Plus: http://www.quatro–project.org

dores de contenidos, motores de búsqueda, filtros y sellos o marcas de calidad, utilicen un sistema común para intercambiar y verificar información. La mayoría de los componentes necesarios ya existen, pero este nuevo proyecto demostrará, a través de una plataforma basada en metadatos, cómo pueden combinarse para el beneficio tanto de los proveedores de información como de los usuarios. Una de las propuestas de QUATRO (Mayer & Leis, 2007), es promover la incorporación de un icono en los motores de búsqueda acompañando a aquellas webs localizadas al realizar una búsqueda que poseen sellos que verifican su calidad y/o en las que se ha realizado una descripción de sus contenidos. El sistema ayuda a los usuarios a interpretar los sellos y por ejemplo tiene la capacidad de filtrar aquellos contenidos potencialmente peligrosos para los niños y usuarios en general.

3.2.2. Quality Labelling of Medical Web Content Using Multilingual Information Extraction (MedIEQ)

El Proyecto Europeo MedIEQ se inició en el año 2006 con la financiación de la Comisión Europea bajo el programa de DG–SANCO de Salud Pública y Protección de Consumidores. El proyecto se centra en temas de calidad de webs médicas y establece el camino a la automatización de los procesos de revisión de la calidad de dichas webs mediante tecnología de rastreo y el análisis de contenidos web, extracción multilingüe de información, recursos semánticos y sellos de calidad para webs médicas (Mayer & Karkaletsis, 2006; Villarroel 2007).

MedIEQ continúa desarrollando el trabajo realizado en proyectos previos en el área de la certificación de webs médicas (MedCIRCLE, MedCERTAIN) y en estándares de sellos de calidad web (QUATRO). Basándose en la situación actual de la tecnología en estos campos, MedIEQ[5] ofrece herramientas para rastrear Internet para localizar webs médicas en siete idiomas y poder verificar su contenido en función de una serie de criterios de calidad comprensible para los buscadores. En el contexto de MedIEQ, se prevén dos aplicaciones, correspondientes a dos tipos de mecanismos de etiquetado representados por la participación en el proyecto de dos organizaciones médicas: Web Médica Acreditada y Agencia Alemana de Calidad en Medicina (AQuMED)[6]. La primera aplicación de MedIEQ se refiere a la necesidad de una constante monitorización de las webs ya acreditadas comparando la nueva información obtenida de las páginas webs con la información almacenada en la base de datos y en el sello de acreditación. La segunda aplicación de MedIEQ se refiere a la identificación de nuevas webs médicas en áreas temáticas específicas, su caracterización con relación a determinados criterios, y la identificación y filtrado de determinadas web basándose en sus características, y su organización en directorios con la idea de facilitar su acceso al público en general.

5. MedIEQ: http://www.medieq.org

6. AQuMED: http://www.azq.de

4. Comentarios finales

La calidad y efectividad futura de las webs sanitarias puede depender del uso de nuevos recursos tecnológicos, incluyendo una nueva generación de herramientas inteligentes. La web semántica entendida como una extensión del concepto actual de web, debe permitir una mayor estructuración de la información, elaborando relaciones entre los recursos y los contenidos con la finalidad de mejorar la interoperabilidad entre personas y máquinas. La web semántica aplicada a las iniciativas que están realizando la revisión de los contenidos y la descripción de las características de las webs de contenido sanitario, puede constituir una interesante aportación que dote de un mejor conocimiento a los usuarios sobre el tipo de información a la que están accediendo; permitiendo que esta información pueda ser utilizada por motores de búsqueda «que entenderán» mejor lo que los usuarios realmente están buscando y obtendrán una información más elaborada, descriptiva y detallada del contenido de las webs objeto de búsqueda.

Es pronto para saber el verdadero impacto que la utilización de la información por parte de pacientes y usuarios en general puede tener en su salud y en su relación con los profesionales sanitarios. Es todavía también prematuro saber cuál va a ser el papel que las diferentes soluciones y sistemas pueden tener en la mejora y en el apoyo a un mayor conocimiento y uso de la información sanitaria y deberá investigarse con otros estudios el verdadero efecto en la salud de la población, así como su conjunción con las nuevas tecnologías de metadatos y web semántica que se están desarrollando. Los diferentes actores implicados en este escenario, asociaciones de pacientes, colegios profesionales, organizaciones no gubernamentales, administraciones, industria farmacéutica y tecnología informática, todos desempeñan un papel fundamental a la hora de seguir avanzando, creando las bases de nuevos servicios en la Red y cómo deben desarrollarse de la forma ética y legal más adecuada. Las nuevas formas de relación con y entre los pacientes están conformándose y adaptándose y renovándose de forma continua con las tecnologías de la comunicación y deben ser, junto con los profesionales de salud, los verdaderos beneficiarios de estos cambios en la utilización de Internet. La colaboración entre todos ellos es fundamental y garantizará el éxito de todos los esfuerzos que se están realizando en este campo.

Bibliografía

Berners-Lee T, Hendler J, Lassila O (2001). The Semantic Web. Sci Am, 5: 28-37.

Castells M (2001) The Internet Galaxy: Reflections on Internet, Business and Society. Oxford University Press.

Comisión de las comunidades europeas. eEurope 2002: Criterios de calidad para los sitios web relacionados con la salud [monografía en Internet]. Disponible en: http://europa.eu.int /information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_es_fin.pdf.

Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER (2002). Empirical studies assessing the quality of Health information for consumers on the World Wide Web. JAMA, 287:2691-2698.

Fox S. Pew Internet & American Life Project (2005). Health Information on line. Disponible en: http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Healthtopics_May05.pdf

Health on the Net (2005). Excerpt of the 9th HON's survey of health and medical Internet users. [página principal en Internet]. Disponible en: http://www.hon.ch/Survey/8th_HON_results.html.

Kohler C, Darmoni SD, Mayer MA, Roth-Berghofer T, Fiene M, Eysenbach G (2002). MedCIRCLE - The Collaboration for Internet Rating, Certification, Labelling, and Evaluation of Health Information. Technology and Health Care, Special Issue: Quality e-Health. Technol Health Care, 10(6): 515.

Lupiáñez F (2007). The uses of Internet in relation of health. En: Castells M, Lupiáñez F, Saigí F, Sánchez J. E-Health and Society. An empirical study of Catalonia. Project Internet Catalonia (PIC). Generalitat de Catalunya i Universitat Oberta de Catalunya (UOC), Barcelona.

Mayer MA (2001). Acreditar Webs de contenido sanitario, ¿necesidad imposible?. Med Clin (Barc), 116(13): 496-497.

Mayer MA, Karkaletsis V, Archer P, Ruiz P, Stamatakis K, Leis A (2006). Quallity Labelling of Medical Web Content. Quality to Health Information: an international perspective. Health Informatics Journal, 12:81-87.

Mayer MA, Leis A, Ruiz P (2007). Label Validation and User Notification Based on Semantic Web Technologies: a Quality Step Further on the Internet. En: Medical Informatics in Enlarged Europe. Bryden JS et al. (Eds). IOS Press. Proc EFMI, 168-173.

Mayer MA, Leis A (2008). La calidad de la Información Sanitaria en Internet, presente y futuro en Europa. En: «Especial: La informática de la Salud en Europa». Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS). Revista I+S nº 68.

Mayer MA, G. Pareras L, Leis A (2008). La Web 2.0 se presenta como una nueva plataforma de gestión de la información médica. Aten Primaria, 40(1): 39-42.

Risk A, Dzenowagis J (2001). Review of Internet Health information quality initiatives. J Med Internet Res, 3(4): e28.

Wilson P (2002). How to find the good and avoid the bad or ugly:a short guide to tools for rating quality of health information on the Internet. BMJ, 321: 598-602.

Villarroel D, Mayer MA, Leis A, Karkaletsis V, Stamatakis K, Metsis V, Nasikas P, Labsky M, Ruzicka M, Svátek V, López-Ostenero F, Peinado V, Cabrera EA, Honkela T, Polla M (2007). AQUA (Assisting Quality Assessment): a system based on Semantic web and information extraction technologies to support medical quality labelling agencies. Technol Health Care, 15(5):368-69.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD SOBRE DROGODEPENDENCIAS EN INTERNET: EL SISTEMA @RACNE

DAVID CARABANTES ALARCÓN

Resumen

Internet se ha convertido en uno de los sistemas de información y comunicación más importantes que existen en la actualidad, ofreciendo un amplio abanico de posibilidades en ciencias de la salud, pero existe una idea generalizada de poca fiabilidad de los contenidos disponibles por esta vía. Para intentar solventar esta situación existen diferentes iniciativas para acreditar la calidad en este ámbito, pero por lo general suelen ser desconocidas por los usuarios y de una relativa efectividad, por lo que han aparecido alternativas que tengan en cuenta a todos los agentes implicados en el sistema. La Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense ha desarrollado un sistema denominado @racne, que incluye una versión específica para las drogodependencias, con la característica de ser el propio usuario quien, en base a unos criterios establecidos por los profesionales de ese ámbito, realiza la valoración.

Palabras clave: Internet; calidad; drogodependencias; tecnologías de la información y comunicación; autorregulación.

1. Introducción

La búsqueda de información en Internet se ha convertido en una de las actividades más realizadas por los usuarios habituales de la Red, ya que pueden acceder a la información de manera rápida y sencilla a través de los recursos web disponibles sobre cualquier temática, pero en especial sobre salud, tanto para el público en general como para los profesionales sanitarios.

No obstante, en un medio marcado por la inexistencia de control, destaca la idea generalizada de poca fiabilidad en la información recuperada desde Internet, con la implicación y graves consecuencias que supone el depósito de contenidos erróneos en este medio.

La acreditación de la calidad de un recurso web es un aspecto que destaca en el terreno sanitario por la importancia de la información sobre salud, motivo por el cual los

responsables de las páginas de Internet deben tener en cuenta aspectos como la creación de contenidos fiables y el uso de herramientas que permitan mejorar el sistema.

Existen distintas iniciativas como los principales códigos éticos, los sistemas de validación por el usuario, y los criterios evaluados por profesionales; algunas están desarrolladas desde España.

Los códigos éticos aplicados a Internet constituyeron uno de los primeros medios establecidos para evaluar la calidad de la información sanitaria en la Red. Han sido desarrollados códigos como el HON-Code (http://www.hon.ch), cuyo objetivo general en este contexto es garantizar al usuario que una determinada página contenga información rigurosa y transparente respecto a las fuentes, y se resuelvan posibles conflictos de interés. Se pretende educar en las buenas prácticas de un recurso de salud tanto a los suministradores de información como a los consumidores. Este sistema implica además que, si un código está respaldado y asumido a su vez por otra organización, ésta se encarga de que todos sus miembros cumplan sus criterios.

Los sistemas de valoración por el usuario consisten en el desarrollo de herramientas de valoración en las que es el usuario quien realiza la validación atendiendo a unos criterios que se le presentan. Entre los sistemas existentes se encuentran DISCERN, NETSCORING y QUICK.

DISCERN (http://www.discern.org.uk) fue fundado por el NHS Executive Research and Development Programme, junto con la Universidad de Oxford y el Institute of Health Sciences. En un primer momento estaba orientado a los tratamientos crónicos, pero en la actualidad se trata de un sistema que administra una herramienta de criterios de calidad para usuarios de información sobre salud.

NETSCORING (http://www.chu-rouen.fr/netscoring), desarrollado por el Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, se basa en el trabajo de Ambre et coll. Se constituyó un grupo que incluía representantes de distintos organismos y entidades que trabajaron en la descripción de criterios y su valoración: credibilidad, contenido, links, diseño, interactividad, aspectos cuantitativos, aspectos éticos y accesibilidad.

QUICK (http://www.quick.org.uk) es una herramienta sustentada por la UK Health Development Agency y el UK Centre for Health Information Quality, y trata de forma específica la información sobre salud infantil; pretende ser utilizada como una ayuda que se establezca para la formación en la educación escolar.

La acreditación por profesionales es una modalidad en la que un grupo de profesionales proporcionan un filtro de información al revisar con criterios científicos las webs de salud que evalúan y clasifican por su temática. Destacan, por ejemplo, CISMeF, EQUIP, MedCircle o URAC.

CISMeF (http://www.chu-rouen.fr/cismef) corresponde a las siglas en francés Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones, y consiste en un catálogo e índice de recursos médicos en idioma francés. Desarrollado por el Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, trabaja en la clasificación de este tipo de recursos, que se pueden recuperar desde distintos modalidades de búsqueda que han creado.

EQUIP-Electronic Quality Information for Patients (http://www.equip.nhs.uk) es un sistema desarrollado por la Library Services Development Unit y el National Health System (NHS) del Reino Unido, con el propósito de ayudar a los usuarios a conocer los riesgos, síntomas y las opciones de tratamiento de distintas enfermedades.

MedCircle (http://www.medcircle.org) es la colaboración europea de indexadores especializados en información, servicios de evaluación y clasificación de recursos en Internet, incorporando, ampliando y continuando el trabajo de evaluación de la información sanitaria en Internet. Como integrantes se encuentra el CISMeF francés como portal descriptor y evaluador de contenidos, y la Universidad de Heidelberg en la coordinación del proyecto. Una de las asociaciones participantes es el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (WMA/COMB).

URAC-Utilization Review Accreditation Commission (http://www.urac.org/) se trata de una organización no lucrativa que pretende crear mayores niveles de calidad y de responsabilidad en el tema de la información sanitaria. Su proceso de evaluación se basa en la acreditación mediante un sello identificativo que se consigue si se cumplen los estándares de calidad desarrollados.

A nivel nacional existen distintas propuestas como IQUA, Proyecto Webs Médicas de Calidad-pWMC o Web Médica Acreditada, buen ejemplo de la importante participación desde el ámbito español.

IQUA (http://www.iqua.net) es la Agencia de calidad de Internet, una plataforma constituida por autoridades independientes con competencias en la Red, para convertirse en punto de encuentro y referente común para los usuarios, asociaciones y la Administración, agentes todos implicados en la mejora de la calidad de Internet. Promociona la autorregulación a través del compromiso de los miembros adheridos, asumiendo el código de conducta específico, y adoptando las normas en las cuales se basa el sello de certificación. Su objetivo principal es promulgar la calidad de la Red, extender su uso entre toda la sociedad, asegurando la calidad y la accesibilidad de Internet, consiguiendo de este modo que todos los ciudadanos puedan beneficiarse de las ventajas que supone. Para obtener el sello de IQUA, los miembros adheridos deben cumplir los principios del código de conducta de la Agencia, un total de diez principios.

Proyecto Webs Médicas de Calidad-pWMC (http://www.pwmc.org) tiene como objetivo la mejora de la calidad de recursos sanitarios en idioma español existentes

en Internet. Iniciado por el Dr. Carlos A. Díaz Vázquez, con motivo de la creación de una lista de revisión de la calidad de webs sobre obstrucción crónica del flujo aéreo, en la que proponía a 20 responsables de recursos en Internet que valorasen una lista de criterios con distinta puntuación para evaluar la calidad de las páginas médicas en español. Este estudio inicial continuó en el desarrollo de un proyecto piloto con distintas fases que ya se han establecido plenamente hasta desarrollar un sistema de acreditación. Se obtiene un sello de calidad mediante un procedimiento gratuito, independiente y voluntario. El sello pWMC se otorga a aquellos recursos que han superado unos criterios, y es importante el hecho de que se les realiza un seguimiento periódico de cumplimiento de requisitos. Conceden al usuario una parte activa, de forma que cuando se visualiza una página con el sello acreditativo, simplemente con pinchar en éste se accede a los estándares que debe cumplir, y si observa que no se cumplen, se puede comunicar a los responsables del sello.

Web Médica Acreditada (http://wma.comb.es) se trata de un proyecto de Metges on line del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB). Dispone de un código de conducta y un sello de calidad al que se puede adscribir de forma voluntaria mediante la realización de una solicitud que es evaluada por una comisión desarrollada a tal efecto y que se basa en el código de conducta. La concesión del sello implica el compromiso por los responsables de la web acreditada de seguir las normas de conducta y unos criterios éticos y científicos que garanticen unos mínimos de calidad, así como asegurar la confidencialidad de los datos obtenidos de los usuarios.

2. El sistema @racne

La Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense ha desarrollado una herramienta de valoración de la calidad denominada @racne. Su nombre hace referencia al mito de Aracne, una doncella griega muy hábil en la realización de tapices que fue convertida por la diosa Atenea en una araña para que tejiera eternamente; la inclusión del símbolo de la arroba intenta relacionarlo con el ámbito de las telecomunicaciones.

Para desarrollar este modelo fue necesaria una revisión bibliográfica y consulta electrónica de los modelos de acreditación existentes, estableciendo unos indicadores de calidad sometidos a consenso por usuarios generales y especialistas. A partir de ahí se practicó una prueba mediante el análisis de recursos web, una revisión crítica por expertos, el establecimiento del valor de cada ítem por profesionales en el tema y la determinación de la fiabilidad del instrumento. Para la creación específica del área de drogodependencias se desarrolló la misma secuencia, seleccionando unas preguntas específicas en base a las diferencias encontradas en las páginas sobre esta temática, y validada por un grupo de profesionales que asistieron a la VI Reunión Nacional de Drogodependencias organizada por el Instituto de Investigación de Drogodependencias de la Universidad Miguel Hernández.

La implementación de la herramienta de evaluación se realizó mediante WebCT, el entorno virtual utilizado para el Campus Virtual de la Universidad Complutense, intentando potenciar desde este centro de educación superior el desarrollo de habilidades en el tema de la calidad en Internet. Además, la disposición de la herramienta a través de una dirección electrónica independiente (https://campusvirtual.ucm.es/prof/aracne.html) posibilita la difusión a un mayor número de usuarios, favoreciendo su participación para el proceso de mejora, y permitiendo la retroalimentación del instrumento que poder incluir nuevos aspectos que recojan las nuevas necesidades detectadas, sucesivas actualizaciones y una adecuación al entorno cambiante.



El sistema se ha construido como un instrumento sencillo de utilizar: se produce la apertura de una ventana web flotante que contiene una serie de preguntas relativas a temas como el enfoque adecuado e interesante de la información, teniendo el usuario que asignar una puntuación del 1 al 10. Se programó para que ofrezca el resultado atendiendo al valor que los profesionales habían concedido a la importancia de cada pregunta, y una vez finalizado el proceso aparece una valoración numérica del recurso. Su validez se ha demostrado mediante el análisis de un volumen de páginas web, y se ha contrastado su efectividad al compararla con otros sistemas existentes en la Red.

La herramienta desarrollada se basa en la autorregulación para intentar solventar el problema de la falta de información de calidad en Internet. El sistema de valoración por parte del usuario, atendiendo a unos criterios específicos, pretende que sea la persona que utiliza la Red quien reconozca los elementos fundamentales que debe tener una página web y adquiera unas destrezas a la hora de determinar la calidad de los recursos electrónicos, de forma que perciba los puntos clave a tener en cuenta en la evaluación y conozca las deficiencias generales que se presentan en este nuevo entorno.

Un elevado número de alumnos de la UCM han utilizado este sistema, un total de 730 matriculados procedentes de distintas titulaciones y asignaturas. Se ha implantado en el grado para la asignatura obligatoria «Drogodependencias» de las Diplomaturas de Enfermería y Fisioterapia, a lo que hay que unir la materia de Libre Configuración denominada «Introducción a la Documentación y Búsqueda Bibliográfica». En cuanto al posgrado, se utilizó la herramienta de evaluación en «Tecnologías de la Información y Comunicación», un módulo obligatorio del Master de Investigación en Cuidados perteneciente al Programa Oficial de Posgrado Cuidados en Salud.

El campo de actuación no se limita a los estudiantes de la UCM, se amplía a instituciones sanitarias públicas, asociaciones de pacientes, sociedades científicas, bibliotecas y empresas del sector de la salud, que han podido acceder a través de la web desde el acceso abierto.

Para la adecuación del sistema a las nuevas necesidades que se han detectado, se plantea una nueva versión de la herramienta utilizando para ello Sakai, un entorno de libre uso y desarrollo destinado a la colaboración y aprendizaje para la educación.

3. Conclusiones

Internet presenta la problemática de la falta de la calidad en la información, por lo que existen importantes utilidades en cuanto a sistemas de información y comunicación, pero destaca un claro inconveniente con respecto a la calidad disponible en este medio, especialmente en el ámbito de las drogodependencias.

Los sistemas de acreditación de la calidad en Internet específicos en el ámbito sanitario son muy heterogéneos, y por regla general desconocidos por los usuarios, presentando graves carencias al respecto. Es por eso que la propuesta de instrumento de valoración de la calidad en Internet sobre salud aquí presentado se basa en las aportaciones de los usuarios y de los profesionales, intentando involucrar a los propios destinatarios finales en el proceso de creación, y así fomentar el proceso de autorregulación.

El establecimiento de una versión electrónica del instrumento de valoración para su acceso vía web, permite realizar la evaluación de forma rápida y sencilla. Además, la inclusión de la herramienta de calidad en una plataforma educativa posibilita su utilización de forma combinada para la formación de estudiantes en este tema y potenciar la investigación al respecto.

La disposición de este sistema de evaluación en forma de acceso libre a través de Internet, posibilita la difusión a todos los usuarios potenciales de la Red, permitiendo su participación para el proceso de mejora y revisión que permita incluir nuevos aspectos que recojan las nuevas necesidades detectadas y se adecue al entorno cambiante.

La inclusión de la herramienta dentro del Campus Virtual de la Universidad Complutense permite enfatizar uno de los aspectos tratados en la literatura existente sobre la educación y alfabetización digital de los usuarios desde la Universidad, como entidades implicadas en el desarrollo de la Sociedad del Conocimiento, de forma que mediante este sistema se puede utilizar Internet sobre la enseñanza durante el pregrado y el posgrado.

Bibliografía:

Beck, S. The Good, the Bad, and the Ugly: or Why It's a Good Idea to Evaluate Web Sources. [en línea] [fecha de acceso 6 de marzo de 2008] URL disponible en: http://lib.nmsu.edu/instruction/eval.html

Berland, G., Elliott, M., Morales, L., Algazy, J., Kravitz, R., Broder, M. *et al.* (2001). Health Information on the Internet. Accessibility, Quality, and Readability in English and Spanish. JAMA; 285: 2612-2621.

Carnicero, J. (2002). Luces y sombras de la información de salud en Internet. *Informe SEIS* (4). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud.

Carabantes, D., García, C. & Beneit. J.V. (2004). Criterios de valoración y análisis de sitios web sobre drogodependencias. *Salud drogas;* 4 (1): 39-66.

Craigie, M., Loader, B., Burrows, R. & Muncer, S. (2002). Reliability of Health Information on the Internet: An examination of Expert Ratings. *J Med Internet Res;* 4(1)e2 [en línea] [fecha de acceso 6 de marzo de 2008] URL disponible en: http://www.jmir.org/2002/1/e2/

Eysenbach, G. & Diepgen, T.L. (1998). Towards quality management of medical information on the Internet: evaluation, labelling, and filtering of information. *Br Med J*; 317: 1496-1502.

Eysenbach, G. & Köhler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *Br Med J;* 324: 573-577.

Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O. & Sa, E.R. (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web: a systematic review. *JAMA*; 287: 2691-2700.

Eysenbach, G. (2000). Consumer health informatics. *Br Med J;* 320: 1713-1716.

Eysenbach, G. (2001). What is e-health?. *JMIR* 2001; 3(2)e20. [en línea] [fecha de acceso 6 de marzo de 2008] URL disponible en: http://www.jmir.org/2001/2/e20/

Fenton, S. Information Quality: is the truth out there?. [en línea] [fecha de acceso 6 de marzo de 2008] URL disponible en: http://ils.unc.edu/~fents/310/

Gagliardi, A. & Jadad, A.R. (2002). Examination of instruments used to rate quality of health information on the internet: chronicle of a voyage with an unclear destination. *Br Med J;* 324: 569-573.

Kirk, E. Evaluating Information Found on the Internet. [en línea] [fecha de acceso 6 de marzo de 2008] URL disponible en: http://www.library.jhu.edu/researchhelp/general/evaluating/

Risk, A. & Dzenowagis, J. (2001). Review of Internet Health Information Quality Initiatives. *J Med Internet Res;* 3(4):e28 [en línea] [3 de febrero de 2006] URL disponible en: http://www.jmir.org/2001/4/e28/

Risk, A. & Petersen, C. (2002). Health information on the Internet - Quality issues and international initiatives. *JAMA*; 287 (20): 2713-2715.

Wilson, P. (2002). How to find the good and avoid the bad or ugly: a short guide to tools for rating quality of health information on the internet . *Br Med J.* 9; 324 (7337): 598-600.

Winker, M., Flanagin, A., Chi-Lurn, B., White, J., Andrews, K, Kennett, R, DeAngelis, C. & Musacchio, R (2000). Guidelines for Medical and Health Information Sites on the Internet. *JAMA; 283:* 1600-1606.

Mayer MA. Acreditar Webs de contenido sanitario, ¿necesidad imposible? *Med Clin* (Barc) 2001; 116(13): 496-497.

LA INICIATIVA LIS ESPAÑA: SITIOS SALUDABLES WEBS SANITARIAS DE CALIDAD

Elena Primo Peña
Mª Belén Jaén Casquero

Resumen

Se determina cuál es la situación actual en cuanto a consulta de webs sanitarias por usuarios españoles, y cómo éstas no siempre reúnen unos requisitos mínimos de calidad. Se describe qué son las herramientas de filtrado poniendo algunos ejemplos actuales y se explican en profundidad las herramientas *LIS España: Sitios Saludables. Información al ciudadano e Información al Profesional.* Se detallan sus orígenes, los criterios para la selección de fuentes de información en Salud que utilizan, cómo se lleva a cabo el registro de fuentes de información, cuál es su contenido actual sobre adicciones y su cobertura, y qué opciones ofrece para la búsqueda y recuperación de información. Incluye además las principales ventajas que conlleva la utilización de personal cualificado en las tareas de selección, registro y mantenimiento de estas herramientas, frente a la utilización de motores de búsqueda tradicionales.

LIS España: Sitios Saludables. Información al ciudadano fue presentado en las «XII Jornadas Nacionales de Información y Documentación en Ciencias de la Salud», celebradas en Zaragoza en octubre de 2007 y la herramienta *LIS España: Sitios Saludables. Información al profesional* en el «VI Congreso Nacional de Informática de la Salud: INFORSALUD 2003».

Palabras clave: Calidad de la información en Salud, información para ciudadanos, herramientas de filtrado, directorio de recursos web, Internet

Introducción

Diversos estudios muestran que los sitios web relacionados con la salud figuran entre los más visitados de Internet aunque éstos no siempre reúnen unos requisitos mínimos de calidad (Bernstam, EV., 2005) (Hesse BW., 2005) (Martín-Sánchez, F.; Carnicero Giménez de Azcárate, J., 2002) (Pew Internet, 2006). Según los datos que publica periódicamente la empresa Netcraft sobre Internet (http://www.netcraft.com), en enero del presente año existían más de 155 millones y medio de

sitos web. El informe «eEspaña 2007», señala que cerca del 40% de los internautas han realizado en 2007 consultas de información médica en España, lo que sitúa a nuestro país ligeramente por encima de la media europea que es del 37% (Fundación Orange, 2007). Este crecimiento en las consultas de información sanitaria, plantea la necesidad de desarrollar herramientas que seleccionen recursos de Internet por su calidad y pertinencia a una audiencia determinada.

La Comisión Europea en su informe «eEurope 2002: Criterios de calidad para los sitios web relacionados con la salud» (Comisión de las Comunidades Europeas, 2002), define este tipo de recursos como herramientas de filtrado, cuyas principales características son:

- Ofrecer una base de datos de información filtrada y acreditada.
- Organizar el acceso a Internet con un enfoque de pasarela.
- Seleccionar recursos de Internet por su calidad y pertinencia para una audiencia determinada.
- Crear descripciones de los recursos y almacenarlas en una base de datos estructurada.

Estas herramientas proporcionan las siguientes ventajas:

- Mejoran la precisión de las búsquedas en Internet.
- Sustituyen ventajosamente a las búsquedas individuales en Internet que utilizan motores de búsqueda no específicos.

En este marco se han desarrollado, entre otros, portales como *«Intute: Health and Life Sciences»* http://www.intute.ac.uk/healthandlifesciences/omnilost.html, servicio gratuito creado por un consorcio de instituciones del Reino Unido, liderado por la Universidad de Nottingham que proporciona acceso a una selección de recursos web en el ámbito de la educación e investigación de las ciencias de la salud; *«CISMEF: Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones»* http://www.chu-rouen.fr/cismef/, pasarela temática que reúne una selección de recursos en francés, originada por el Hôpitaux de Rouen, y dirigida a profesionales del sector sanitario y pacientes o «Healthfinder» http://www.healthfinder.gov/library/, guía dirigida al ciudadano con información fiable de salud en inglés y español, desarrollada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, que proviene de más de 1.500 agencias gubernamentales, organizaciones sin ánimo de lucro y universidades.

En INFORSALUD 2003, se presenta *LIS-España: Sitios Saludables* http://lises.isciii.es (Jiménez Planet, V.; Jaén Casquero, MB., 2003), localizador de información

en salud que reún e más de 1700 recursos web especializados en Ciencias de la salud y dirigidos a profesionales sanitarios, cubriendo materias como adicciones, medicina, enfermería, psicología, fisioterapia o farmacia. Esta iniciativa se engloba dentro del proyecto *Biblioteca Virtual en Salud de España (BVS–España)* http://bvs.isciii.es y es el resultado de la cooperación técnica entre la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud de España perteneciente al Instituto de Salud Carlos III y el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), organismo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). En la actualidad, esta iniciativa está formada por una red de bibliotecas virtuales nacionales y temáticas pertenecientes a países de Iberoamérica y el Caribe. La *BVS–España* incluye bases de datos bibliográficas (Ibecs, Medline, Lilacs, etc.), revistas a texto completo (SciELO), terminología en ciencias de la salud (DeCS), Localizadores de Información en Salud (LIS–España: Sitios Saludables), etc.

Continuando con este proyecto y ante la preocupación por ofrecer a los ciudadanos una información sanitaria de calidad, en un formato y un lenguaje orientado a este público específico, se desarrolla *LIS-España: Sitios Saludables. Información al ciudadano* (LISIC), presentado en las *XII Jornadas Nacionales de Información y Documentación en Ciencias de la Salud,* celebrado en Zaragoza en octubre de 2007.

LIS-España: Sitios Saludables

El Localizador de Información en Salud *LIS-España* se define como un buscador especializado en sitios de salud, disponibles en Internet y seleccionados mediante criterios de calidad. Ofrece una descripción del contenido de las páginas y su dirección en Internet. Sus objetivos principales son:

- Contribuir a la visibilidad y accesibilidad de las fuentes de información del ámbito sanitario.
- Reducir la imprecisión y garantizar la fiabilidad en los resultados de las búsquedas en materia de salud.

En la actualidad existe una red de Localizadores de Información en Salud incluidos en las Bibliotecas Virtuales en Salud de más de 20 países, siendo LIS Regional, desarrollado por BIREME, el localizador en el que participan varias instituciones de la Región de América Latina y el Caribe y que agrupa más de 13.000 sitios.

LIS-ESPAÑA: SITIOS SALUDABLES. INFORMACIÓN AL CIUDADANO - JUNIO 2008



Metodología LIS-España: Criterios para selección de fuentes de información en salud disponibles en Internet

En la metodología de *LIS-España: Sitios Saludables*, tanto en la versión para profesionales como en la orientada a ciudadanos, se establecen unos criterios de calidad para la selección de las fuentes en salud disponibles en Internet y su posterior registro en una base de datos.

Las páginas web son seleccionadas, evaluadas, recopiladas y descritas por profesionales de la información, lo que constituye un primer filtro, permitiendo localizar no sólo las fuentes que pertenecen a la Internet visible sino también las que pertenecen a la llamada Internet Invisible y que no pueden ser indizadas por los motores de búsqueda tradicionales (Bojo Canales, C.; et al., 2004).

La adopción de criterios de calidad para la evaluación y selección de las fuentes de información, les agrega un valor indiscutible. Estos criterios permiten seleccionar recursos de calidad, imparciales y fiables y descartar aquellos basados en intereses comerciales y de origen no certificado que pueden tener repercusiones en la salud de los usuarios.

Una vez realizada la consulta y análisis de diversas fuentes que abordan la temática de la calidad de la información sobre salud en Internet, LIS España adopta la metodología LIS-Regional, Localizador desarrollado por BIREME, adecuando políticas, criterios y formatos a las peculiaridades de cada uno de los temas específicos incluidos en el localizador español (Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud de España, 2002). Estos criterios involucran los siguientes conceptos:

1 **Alcance**: Determina las áreas del conocimiento o los temas que serán abarcados por LIS-España, en este caso Ciencias de la Salud.

2 **Público objetivo**: Es la comunidad de usuarios a la que está destinada la fuente de información.

3 **Origen y responsabilidad**: Es uno de los criterios de selección más importantes, determina quién está publicando la fuente de información en Internet. Pueden ser instituciones gubernamentales (ministerios, secretarías, fundaciones, institutos, agencias, etc.), universidades, institutos de investigación y hospitales públicos o universitarios, organizaciones internacionales como UNICEF, FAO, OMS, entre otras, instituciones relacionadas con la salud pública, proveedores de cuidados en salud, centros de control de enfermedades e información en toxicología, ...

4 **Certificación**: Se trata de la obtención de sellos de certificación a través de la adopción voluntaria de un código de ética que reglamenta el contenido de la información publicada y los servicios prestados por sitios institucionales, comerciales y personales.
Pretenden ser un referente de confianza para los usuarios con el objetivo de mejorar la calidad de la información científica que aparece en Internet.

5. **Contenido**: Está relacionado con la pertinencia de los temas abordados. El valor de un recurso en términos de contenido de la información es esencial y predomina sobre la calidad del diseño o apariencia, que son intereses secundarios. Para el análisis del contenido es necesario verificar los siguientes aspectos:

   5.1 **Cobertura**: Son las áreas comprendidas por la fuente, el alcance de los distintos asuntos abordados dentro de una determinada área del conocimiento, y la cobertura retrospectiva (si el material es archivado y por cuánto tiempo).

   5.2 **Precisión**: Se refiere a la exactitud de la información y de los datos presentados. La precisión o rigor científico de la información es quizás el criterio más obvio de la calidad del contenido.

   5.3 **Sistematización**: El tratamiento sistemático y jerárquico de la información es un indicador de calidad, aunque si la fuente no agrupa la información en áreas temáticas o jerarquías no debe ser tenido en cuenta como criterio único para la exclusión.

   5.4 **Actualidad**: Está relacionada con la actualidad de la información contenida en las diferentes fuentes disponibles, así como con la frecuencia y con la regularidad de su actualización. Aunque es un aspecto a tener en cuenta, no debe ser utilizado como único criterio para la exclusión, debido a que muchas fuentes se consultan y utilizan en estudios retrospectivos e históricos.

5.5 **Conflicto de interés, tendencia o intención y contexto**: Está relacionado con las intenciones, objetivos, cuestiones ideológicas, morales, religiosas, éticas, comerciales o personales (explícitas o no) de la fuente de información publicada. Se debe buscar, en la medida de lo posible, cuáles son las intenciones y los objetivos de las fuentes de información a examinar.

6 **Acceso**: Se refiere a los aspectos técnicos, tecnológicos, económicos y de derechos de autor para el acceso a las fuentes de información disponibles en Internet, que a continuación se presentan:

6.1 **Estabilidad**: Es la posibilidad de acceso permanente y constante a la fuente de información.

6.2 **Facilidad de uso**: Está relacionada con los pre-requisitos técnicos para el acceso al sitio.

6.3 **Restricciones de acceso**: Pueden estar relacionadas con aspectos económicos (subscripciones), idiomáticos y de derechos de autor.

6.4 **Ayuda y soporte**: Son las facilidades ofrecidas por los sitios para solucionar problemas o dudas relacionados con el acceso a las fuentes publicadas. No es necesariamente un criterio a tener en cuenta en la selección, pero es importante verificar si los sitios poseen servicios de 'ayuda' y 'soporte a los usuarios' sobre todo en sitios que poseen bases de datos con búsquedas avanzadas.

6.5 **Navegabilidad**: Se refiere a la distribución o a la localización de las fuentes de información presentadas en el sitio.

6.6 **Diseño gráfico**: Son los aspectos visuales y gráficos presentados en el sitio o en la fuente de información.

Metodología LIS-España: Registro de Fuentes de información

En cuanto al registro de las fuentes, *LIS-España* está basado en el Global Information Locator Service - GILS –adoptado como modelo por el Global Information Society Program (GISP)– y en el formato Dublin Core, con algunos campos adicionales (BIREME, 2005). La utilización de estas normas y formatos internacionales permite el intercambio de datos y desarrollar una arquitectura basada en una red internacional de localizadores compatibles entre sí y con otros sistemas externos.

Por otro lado, el uso de metadatos para registrar y catalogar las fuentes de información en Internet, permite la descripción y recuperación de recursos de modo compatible con dichos estándares internacionales.

La alimentación de LIS es descentralizada y, como en otras fuentes de la BVS-España, hay una institución responsable de la administración y mantenimiento, en España lo lleva a cabo la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. La definición

de la cobertura temática, la adopción de criterios de selección y la validación de los recursos de información son realizadas por especialistas seleccionados por la institución responsable del LIS.

Una vez seleccionadas las fuentes, se registran en la base de datos, siguiendo la «Guía para el registro de fuentes de información» (BIREME, 2005). Se completan 18 campos, algunos obligatorios y otros optativos, entre los que se encuentran: título, autor, localización geográfica, idioma, tipo de fuente, resumen, descriptores, objetivo, alcance temporal o enlace.

Para reflejar las materias o temas de los que trata un documento, se completa el campo «Descriptores», utilizando los términos del tesauro DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud). http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm. DeCS es una traducción al español y portugués del MeSH (Medical Subject Headings) http://www.nlm.nih.gov/mesh/, encabezamientos de materia que la National Library of Medicine utiliza para indizar los artículos de Medline. Los descriptores nos permitirán hacer búsquedas más eficientes y precisas por materia.

Contenido y cobertura LIS-España: Sitios Saludables. Información para el ciudadano

En junio de 2008, *LIS-España: Sitios Saludables. Información para el ciudadano,* cuenta aproximadamente con 1.000 registros, que incluyen tutoriales interactivos, imágenes, folletos, guías, libros, artículos, etc.

Recopila numerosas webs sobre adicciones: 45 relacionadas con el consumo de tabaco, más de 20 relacionadas con el alcohol, más de 25 con información sobre diversas drogas, etc.

En cuanto a la cobertura se incluyen principalmente recursos de instituciones españolas (ministerios, consejerías y sociedades científicas principalmente) aunque también se seleccionan fuentes de otros países.

Contenido y cobertura LIS-España: Sitios Saludables. Información para el profesional

Actualmente *LIS-España: Sitios Saludables. Información para el profesional,* cuenta más de 1.760 registros, que incluyen artículos, revistas, bases de datos, ponencias, bancos de imágenes, portales, etc. con información de interés sobre las diferentes especialidades médicas, enfermería, psicología, fisioterapia, farmacia, epidemiología, etc.

Recopila numerosas webs sobre adicciones: 27 sobre alcohol, más de 50 relacionadas con el tabaco, más de 30 sobre drogas en general, etc.

En cuanto a la cobertura se incluyen páginas de ministerios, consejerías de salud, fundaciones, institutos, agencias, universidades, hospitales, etc. LIS profesional contiene recursos en diversas lenguas, pero su descripción siempre se realiza en español.

El contenido de LIS, tanto la versión para el profesional como la orientada al ciudadano necesita de un mantenimiento y actualización constante de las fuentes de información existentes, y de la selección y catalogación de nuevos recursos, para conseguir un buscador que localice información actualizada y de calidad sobre salud.

Búsqueda y recuperación de la información

LIS-España: Sitios saludables brinda diferentes posibilidades de búsqueda de información: Clasificación Temática, Búsqueda Libre y Búsqueda Avanzada. Se trata de una herramienta que integra los formularios utilizados en la mayoría de las fuentes que integran la BVS-España (SciELO, Ibecs, Medline, Lilacs...) y en otras BVSs nacionales y temáticas (BVS Argentina, BVS Cuba, BVS Adolescencia, BVS Enfermedades no transmisibles, etc.), lo que facilita enormemente al usuario la búsqueda de información.

Directorio temático

Índice que agrupa las principales fuentes de información por temas. Estas secciones sólo contienen los principales recursos de cada área. Para obtener todos los recursos disponibles en la bas e de datos hay que utilizar la búsqueda libre y avanzada.

En *LIS-España: Sitios Saludables. Información para el ciudadano* el directorio clasifica los recursos en más de 50 secciones y subsecciones, entre las que se encuentran: temas de salud como alergología, endocrinología y nutrición, adicciones, medicamentos, ojos y visión, consejos al viajero, enfermedades..., páginas web específicas para niños, para padres, para nuestros mayores, etc.

En el caso de LIS-España: Sitios Saludables. Información para el profesional, el directorio cuenta con más de 120 secciones y subsecciones, entre las que aparecen: especialidades médicas, adicciones, bioética, bioinformática, donación y trasplantes, emergencias y urgencias sanitarias, evaluación de tecnologías sanitarias, genética y genómica, seguridad alimentaria, salud ambiental, toxicología, etc.

Búsqueda libre

Este formulario permite hacer búsquedas sencillas por varias palabras utilizando el operador «todas las palabras» (= Y) y el operador «cualquier palabra» (= O). El resultado mostrará el título, un breve resumen del contenido de la página, el idioma/s y el enlace al sitio web. Este modo de presentación se denomina «Formato corto».

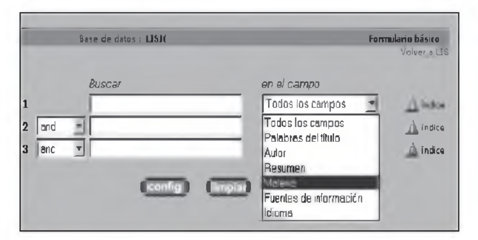
FORMATO CORTO DE PRESENTACIÓN DE RESULTADOS



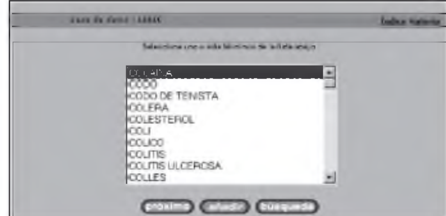
Búsqueda avanzada

Este formulario permite realizar búsquedas más complejas en los principales campos de la base de datos: descriptor de asunto, título, autor, idioma, resumen y tipos de fuentes de información. Para realizar consultas más precisas, cuenta además con índices alfabéticos, que permiten conocer qué términos han sido utilizados en los diferentes campos para describir un recurso de información.

FORMULARIO DE BÚSQUEDA AVANZADA



ÍNDICE ALFABÉTICO DE DESCRIPTOR



Este formulario también muestra por defecto los resultados en «formato corto», pero permite configurar la visualización de resultados en «formato largo», presentando: título, resumen, idioma, descriptores, tipo de fuente, autor y enlace. Además los descriptores y los tipos de fuentes son hipervínculos para poder navegar por las diferentes materias y tipología documental.

RESULTADO DE BÚSQUEDA AVANZADA EN FORMATO LARGO



Profesionales de la información vs. Motores de búsqueda

Todos los recursos presentes en *LIS-España: Sitios Saludables*, tanto la versión dirigida al profesional como la versión orientada al ciudadano son seleccionados, evaluados y descritos por profesionales de la información. Las principales ventajas que conlleva la participación de personal cualificado frente a la utilización de motores de búsqueda tradicionales son, principalmente:

- Selección de recursos en base a su calidad y fiabilidad, pudiendo contar con el apoyo de criterios de calidad previamente establecidos.
- Recopilación de fuentes de información que pertenecen no sólo a la Internet Visible sino también a la llamada Internet Invisible, que no pueden ser indizadas por los motores de búsqueda tradicionales.
- Utilización de numerosos campos para la descripción y posterior recuperación de las fuentes de información incluidas en la base de datos. Cabe destacar la posibilidad de incluir campos que reflejen la materia/s de los recursos de información empleando vocabularios controlados o tesauros. Esto posibilita realizar búsquedas de información más precisas y con menor ruido documental.
- Organización y clasificación de la información de un modo más flexible, empleando diferentes criterios: temáticos, en función de la audiencia, etc.

Bibliografía

Bernstam, EV *et al.* (2005). «Instruments to assess the quality of health information on the World Wide Web: what can our patients actually use?» Int J Med Inform. 2005; (74):13-19.

Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud de España (2002). Metodología LIS - Localizador de Información en Salud: Criterios para selección de fuentes de información en salud disponibles en Internet. Diciembre, 2002. http://wwwlisic.isciii.es/docs/metod.html [Consulta: 12/06/2008].

Bireme (2005). Guía para el registro de fuentes de información, 2005. http://bvs-modelo.bvsalud.org/download/lis/LIS-3-GuiaRegistroFontes-es.pdf [Consulta: 12/06/2008]

Bojo Canales, C. *et al.* (2004). Internet Visible e Invisible: búsqueda y selección de recursos de información en Ciencias de la Salud, 2004. http://bvs.isciii.es/mono/pdf/BNCS_01.pdf [Consulta: 11/06/2008].

Fundación Orange (2007). eEspaña 2007: Informe anual sobre el desarrollo de la Sociedad de la Información en España. http://www.fundacionorange.es/areas/25_publicaciones/e2007.pdf [Consulta: 12/06/2008]

Comisión de las Comunidades Europeas (2002). eEurope 2002: Criterios de calidad para los sitios web relacionados con la salud. Noviembre, 2002. http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_es_fin.pdf [Consulta: 13/06/2008].

Hesse BW *et al.* (2005). «Trust and Sources of Health Information: The Impact of the Internet and Its Implications for Health Care Providers: Findings From the First Health Information National Trends Survey». Arch Intern Med. 2005 Dec 12-26; 165 (22):2618-24. http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/165/22/2618?etoc [Consulta: 13/06/2008].

Jiménez Planet, Virginia; Jaén Casquero, Mª Belén (2003). Presentación del nuevo Localizador de Información en Salud: LIS-España. Libro de Comunicaciones del VI Congreso Nacional de Informática de la Salud. Madrid, 2-4 de abril de 2003. Madrid: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2003. pp: 35-40. http://www.seis.es/seis/inforsalud03/INFORSALUD2003_jimenezv.pdf [Consulta: 13/06/2008].

Martín-Sánchez, F.; Carnicero Giménez de Azcárate, J. (2002). «La información de salud en Internet. Cómo mejorar su calidad desde la perspectiva de los principales agentes implicados». En: Luces y sombras de la información de salud en Inter-

net. Junio, 2002. http://www.seis.es/jsp/base.jsp?contenido=/jsp/publicaciones/inforseis.jsp&id=5.2&informeid=2&titulo=. [Consulta: 13/06/2008].

PEW INTERNET & AMERICAN LIFE PROJECT (2006). Online Health Search. October 2006. http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Health_2006.pdf [Consulta: 13/06/2008].

4. APLICACIONES DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS A LA INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN EN ADICCIONES

ROBIN, UN ROBOT PARA INFORMAR EN SALUD A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE VÍA MESSENGER

Joan Carles March Cerdá
Amelia Martín Barato
Manuela López Doblas
Nuria Luque Martín

Información relevante sobre el trabajo

El 13 de Enero de 2008 el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó Robin a la opinión pública en rueda de prensa y lo puso en marcha en ese mismo momento. Hoy, tras detectarse incidencias técnicas en su funcionamiento, se encuentra en proceso de mejora.

Resumen

Robin es el nombre de una forma de comunicación en salud diferente. Un robot virtual creado para interactuar con los y las adolescentes en su propio espacio de comunicación, empleando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías y, en concreto, una de las aplicaciones más visitadas y utilizadas por los usuarios españoles de todas las edades, y sobre todo por el público adolescente: el Messenger.

El proyecto surge con el objetivo general de abrir nuevas vías de comunicación con la población adolescente sobre salud, para proporcionar información, asesoramiento y consejos que ayuden a la prevención de conductas de riesgo y a la promoción de hábitos saludables.

Palabras clave: Información, drogas, salud, adolescentes, comunicación, Messenger

Robin es el nombre de una forma de comunicación en salud diferente. Un robot virtual creado para interactuar con los y las adolescentes en su propio espacio de comunicación, empleando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías y, en concreto, una de las aplicaciones más visitadas y utilizadas por los usuarios españoles de todas las edades, y sobre todo por el público adolescente: MSN Messenger.

En agosto de 2006, el Ministerio de Sanidad y Consumo contacta con el Área de Consultoría de la Escuela Andaluza de Salud Pública, con el objetivo de explorar y abrir nuevas vías de comunicación sobre salud con la población adolescente y favorecer con ello la prevención de conductas de riesgo y la promoción de hábitos saludables. Surge así, lo que en un principio se conoce como la estrategia Salud2, y que más tarde se llamaría *Robin*.

Bajo este nombre inicial, el proyecto pretende proporcionar a este grupo de población información, consejo y asesoramiento sobre determinados temas de salud de su interés, aprovechando el ya mencionado Messenger, uno de los canales más utilizados por los y las adolescentes españoles.

Situación

La demanda del Ministerio de Sanidad y Consumo a la Escuela Andaluza de Salud Pública se realiza con la intención de hacer frente a realidades y datos como los siguientes:

1. **Aumento del consumo de drogas y disminución de la percepción de riesgo** en relación con dicho consumo:

   - Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005 - 2006, del Ministerio de Sanidad y Consumo, el consumo se concentraba en los menores de 35 años. Para las drogas ilegales, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses era mucho más alta en el grupo 15-34 años. Así, para cannabis, cocaína y éxtasis fue de 19,8%, 5,2% y 2,4%, respectivamente, en el grupo de 15-34 años frente a 4,7%, 1,3% y 0,4% en el grupo de 35-64 años.

   - El consumo de alcohol o tabaco en los últimos 12 meses también era algo superior en el grupo 15-34 años (79,4% y 47,3%) que en el grupo 35-64 (74,7% y 38,4% respectivamente).

   - Por primera vez desde 1999, se observa un aumento de la percepción del riesgo para cannabis, alcohol y tabaco en todos los tipos de frecuencia de consumo.

   - Según otros datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, extraídos de un **Informe sobre el cannabis de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de 2006**, el cannabis era la droga ilegal que más se consumía en España y era también la que se consumía a una edad más temprana. El incremento en el consumo era especialmente considerable en el caso de los jóvenes de entre 15 y 18 años. Entre 1994 y 2004, la prevalencia del consumo de cannabis en los doce me-

ses anteriores a la encuesta en este grupo de población se había duplicado, pasando del 18,2% al 36,6%, y la edad media de inicio del consumo había disminuido de 15,1 a 14,7 años.

- La **Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias 2006-2007** apunta a que las drogas más consumidas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años han sido el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 79,6% ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 46,1% tabaco y un 36,2% cannabis.

- Con respecto al alcohol, se trata de la la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 y 18 años. El 79,6% lo han probado alguna vez, el 74,9% lo han consumido en el último año y el 58% en el último mes.

- Por su parte, el cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor número de estudiantes de 14 a 18 años, con bastante diferencia sobre las demás. Un 36,2 % lo han probado alguna vez en la vida, un 29,8 % lo han consumido en el último año y un 20,1 % en los últimos 30 días. Es, además, la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana (14,6 años).

- Finalmente, la edad media de inicio al consumo de tabaco es la más temprana de todas las drogas consideradas (13,1 años).

2. **Descenso de la percepción de riesgo respecto a las enfermedades de transmisión sexual.**

   - Según datos del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, en 2001 se registraron 805 casos de infección gonocócica, cifra que creció hasta los 1.174 casos declarados en 2005. Respecto a la sífilis, en 2001 fueron declarados 700 casos, mientras que en 2005 se registraron 1.255. Por otra parte, las interrupciones voluntarias del embarazo también han crecido (8,8/mil mujeres en 2003 frente a 5,53 en 1995).

   - En cuanto a VIH/SIDA, se estima que entre 120.000 y 150.000 personas viven hoy con el virus en España y muchos de ellos pudieron contraer la infección en la adolescencia.

Objetivos

Por tanto, ante esta situación se pretende, como objetivo general, **abrir nuevas vías de comunicación sobre salud con la población adolescente**, para proporcionar información, asesoramiento y consejos que ayuden a la prevención de conductas de riesgo y a la promoción de hábitos saludables.

Además, el proyecto nace con una serie de **objetivos específicos**:

- Proporcionar información comprensible, asesoramiento y consejo sobre salud y conductas de riesgo a población adolescente, dando respuesta a sus **preguntas más frecuentes**.
- Dar **información sobre servicios y recursos** de los que dispone el Sistema Nacional de Salud en respuesta a las demandas de salud de este grupo de población.
- Abrir **nuevos canales de comunicación** con adolescentes en lo referente a su salud.
- **Adaptar la información transmitida a su lenguaje** y hacer uso de las herramientas de comunicación que más utilizan (mensajería instantánea).
- **Sensibilizar sobre riesgos objetivos en salud**, favoreciendo posiciones críticas sobre conductas de riesgo, promoviendo una conciencia social bien informada y una ciudadanía responsable respecto a sus hábitos de salud.

La Tecnología: MSN MESSENGER

La vía de comunicación empleada no es otra que el ya mencionado Messenger. La información y las respuestas a preguntas frecuentes (FAQs) se realizan a través de esta herramienta de mensajería instantánea propiedad de la empresa Microsoft, utilizada por más de ocho millones de usuarios en España.

Como afirma Lorente, S. (2004), «siempre es la juventud la que más usa las TIC, como sabe cualquiera sin necesidad de hacer recurso a una investigación. Los jóvenes encuentran connatural el uso del teléfono móvil, del ordenador, del correo electrónico y del multimedia, mientras que los adultos lo hacen más con el teléfono fijo, la radio y la televisión. Los jóvenes sienten más necesidad de la tecnología, la usan más, ven más positivas sus repercusiones». No obstante, también los datos avalan claramente esta afirmación.

MSN Messenger se posiciona en estos momentos como el servicio de mensajería instantánea más extendido en España, utilizado por más del 90% de los usuarios que utilizan esta vía de comunicación. El portal Alexa.com recoge Windows Live como la segunda página más visitada por los internautas españoles, sólo superada por el buscador Google.

El éxito de esta aplicación, y de la mensajería instantánea en general, se debe a que estos programas combinan las lógicas de los *chats* –que permiten la comunicación instantánea entre grupos de personas, de manera abierta y sin control previo– con las del correo electrónico (mensajes privados y no instantáneos). También permiten crear una lista de contactos (o agregados), saber si están conectados además de poder entablar conversaciones simultáneas, enviar mensajes instantáneos, intercambiar archivos de texto o imágenes, ir a un *chat*, compartir aplicaciones, iniciar una conversación o incluso una llamada telefónica.

Se trata además de una herramienta que ha calado profundamente en la vida de la población adolescente. La investigación «Jóvenes y cultura Messenger. Tecnología de la información y la comunicación en la sociedad interactiva», elaborada por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), el Instituto de la Juventud (INJUVE) y la Obra Social de Caja Madrid, presentada en julio de 2006, destaca la «vertiginosa penetración e impacto social de los programas de mensajería instantánea».

Messenger se ha convertido en la tercera aplicación más utilizada a diario por los estudiantes (24,2%), detrás de la Web y el correo electrónico, y en el programa conversacional mejor valorado.

Según este mismo estudio, la población adolescente española destaca como ventajas o cualidades del Messenger: la comodidad, **la supresión de las distancias, el coste económico (bajo)**, la posibilidad que ofrece de mantener una relación cercana con gente que físicamente está lejana, y el hecho de posibilitar la comunicación a la carta ya que la propia persona la configura a su medida. Además, subrayan, implica un proceso de comunicación individualizado y personalmente gestionado y permite interactividad, conocimiento y, lo que es muy importante, intimidad y anonimato, es decir, genera «confianza».

Se configura por tanto como un canal para **«hacerse escuchar» sin ser visto**, y una oportunidad para que los jóvenes puedan expresarse y hacer públicas sus inquietudes más allá de los miedos que puede implicar una comunicación directa y personal en lo relativo a conductas como el consumo de drogas, relaciones sexuales, etc.

Información

En un principio, los temas priorizados para el proyecto han sido **drogas, alcohol, tabaco, sexualidad** y **trastornos alimenticios**. En esta primera frase se han desarrollado y pilotado concretamente alcohol y sexualidad. Sobre cada uno de ellos, la Escuela Andaluza de Salud Pública se ha enfrentado al reto de elaborar información que lograra, por un lado, **atraer la atención de la población adolescente y ser fácilmente comprensible para ellos**, sin que dejara, por eso, de **ser información rigurosa**.

Como expresan muchos autores, el uso de la mensajería instantánea fomenta «el gusto por la escritura y la lectura, al tiempo que produce nuevos géneros comunicativos y fomenta nuevos estilos literarios». Como señala Juan Cueto (2005) «lo harán con faltas de ortografía, con vocabulario inventado (...) que recuerda mucho a los experimentos vanguardistas de Joyce y Burroughs, la escritura automática y simultánea de los surrealistas o la intertextualidad multimedia de los setenta.» De igual manera, Balaguer (2005), afirma «los jóvenes chateando interactúan como si hablaran entre ellos y no como si se estuvieran escribiendo mensajes. Esto es válido tanto para el chat como para

la mensajería instantánea. La sintaxis, el estilo, son bien cercanos a la oralidad dentro de ese espacio psicosocial, que es un espacio básicamente de encuentro».

El estilo del Messenger se encuentra, por tanto, mucho más cercano al empleado en el intercambio oral, con un gran parecido a las conversaciones telefónicas o las físicas cara a cara. La modalidad de escritura en el ciberespacio es una modalidad más bien irreverente, desprejuiciada, poco formal, libre de ataduras y estilos. Nuevas formas de comunicación y nuevos registros lingüísticos que, en nuestro reto de redactar y elaborar la información, debíamos tener muy en cuenta.

En este sentido, se establecen como requisitos indispensables de la información elaborada los siguientes:

1 Información de calidad y basada en la evidencia.
2 Información validada por expertos.
3 Información actualizada.
4 Información clara, sencilla, útil.
5 Información objetiva, adaptada a la realidad y al público al que va dirigida.

Fruto de las posibilidades técnicas que nos brinda la herramienta MSN Messenger la información a transmitir ha presentado los siguientes formatos:

- Mensaje escrito adaptado a la herramienta Messenger (frases cortas, mensajes directos, uso de emoticonos...).

- Material audiovisual (vídeos, campañas publicitarias, etc.).

- Gráficos animados, herramientas interactivas, etc.

- Enlaces a los recursos disponibles, tanto en el punto más cercano desde el punto de vista físico (lugar de residencia) como en Internet, donde poder ampliar información o recibir ayuda.

Metodología

– **Fase 1: Búsqueda y elaboración de información, y búsqueda de material audiovisual y de recursos y servicios disponibles y actualizados a nivel nacional.**
  Para cada área temática en un primer momento se ha realizado una búsqueda sobre FAQs y otros contenidos existentes en distintas Web nacionales y de países del entorno acreditadas. Tras identificar la información de interés, se ha elaborado un listado de preguntas frecuentes, así como las respuestas a esas preguntas, basadas en la evidencia científica. Fruto de este trabajo previo, se han elaborado las preguntas y respuestas frecuentes, adaptadas a la población adolescente y a las características de MSN Messenger.

Además se ha realizado una búsqueda e identificación de material audiovisual de interés que se pudiera adjuntar, una propuesta de creación de material audiovisual propio y una recopilación y actualización del directorio de recursos físicos y servicios disponibles en el territorio nacional sobre los temas priorizados.

– **Fase 2: Revisión de la información elaborada.**

En un primer lugar se ha realizado la validación del material elaborado por parte de personas expertas tanto del Ministerio de Sanidad como de otros ámbitos especializados. Posteriormente se ha realizado un análisis de la legibilidad formal y semántica. Finalmente se ha elaborado un protocolo de comunicación y colaboración con la empresa informática que configura el robot (Microsoft).

– **Fase 3: Validación de la herramienta y de la información con adolescentes.**
Pilotaje de la herramienta y de la información ya validada por expertos con los y las adolescentes. El material generado se ha sometido a pilotaje y validación a través de grupos de jóvenes. Se ha probado la comprensión, legibilidad y utilidad de las preguntas y respuestas elaboradas.

– **Fase 4: Revisión y redacción final de FAQs y listado de materiales disponibles. Traspaso definitivo de la información validada y del material a Microsoft.**

– **Fase 5: Evaluación, seguimiento y, si es necesario, modificaciones.**

Fase 3: Pilotaje

Uno de los principios que sustentan el trabajo de la Escuela Andaluza de Salud Pública es contar con la participación y la opinión de los usuarios y usuarias a los que dirigimos nuestro trabajo. En este sentido, ha sido fundamental que los y las adolescentes prueben tanto la herramienta, como la información que se facilitaba a través de ella. Así, nuestros objetivos en la fase del pilotaje han sido los siguientes:

– Validar con la población diana (jóvenes) la legibilidad escrita, es decir, si se entiende la información y se adapta a su registro lingüístico.
– Averiguar si la información proporcionada resulta suficiente, es decir, si resuelve sus dudas o necesitan saber más sobre los temas tratados.
– Averiguar si el tono del lenguaje les parece respetuoso, constructivo y empático.

En la selección de participantes se ha buscado que las personas que intervienen en el pilotaje sean representativas de los potenciales usuarios del servicio. Por ello, previamente al pilotaje, se han seguido los siguientes pasos:

- Paso 1: Identificar los perfiles teóricos: muestra heterogénea (alumnos/as del IES Cartuja).
- Paso 2: Contacto con la Orientadora y Directora del Centro para solicitar colaboración y autorización de los padres del alumnado.
- Paso 3: Identificación de los perfiles diana dentro del IES Cartuja junto con los/las profesionales del Centro.
- Paso 4: Contacto con los y las jóvenes para explicarles el proyecto, solicitar su colaboración y autorización escrita de sus padres.
- Paso 5: Búsqueda en el Centro del contexto físico necesario para la realización del pilotaje: Aula de Informática, 13 ordenadores.
- Paso 6: Creación de 13 cuentas de correo y 13 contraseñas.
- Paso 7: elaboración del material para dar al alumnado.
- Grupo de preguntas cerradas: para evaluar el contenido de las respuestas que hemos elaborado y validado con expertos/as.
- Espacio para preguntas abiertas: para identificar preguntas que no hayamos incluido en el groso de la información facilitada.
- Guía de valoración.

Una vez llevados a cabo los pasos previos al pilotaje, comienza el testado de la herramienta. En este sentido, la metodología empleada ha sido la siguiente:

- **Paso 1: División del equipo de trabajo:**
  - 3 personas ubicadas en el centro educativo, junto a profesorado y alumnado.
  - En base a los 13 ordenadores disponibles, 13 profesionales de la EASP manipulan un ordenador cada uno simulando al «Robot» (programa informático).

- **Paso 2: El alumnado individualmente o en pareja formula las preguntas (cerradas y abiertas) y posteriormente rellena la guía de valoración. Duración aproximada: 15, 20 y 5 minutos respectivamente.**

- **Paso 3: Análisis de la guía de valoración y modificación de la información pertinente.**

Finalmente, los **resultados** obtenidos a través de la guía de valoración han sido los siguientes, diferenciando las preguntas sobre alcohol de las preguntas sobre sexualidad:

1. Alcohol.

- El 99% de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje comprendía la información y las palabras utilizadas.
- El 99 % de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje consideraba que el lenguaje era adecuado, no alarmista.
- El 100% de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje consideraba que el tono del mensaje era el adecuado y respetuoso.
- El 40% de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje se quedó con dudas que continuarían preguntando si hubieran tenido más tiempo (se acotó la conversación del pilotaje a una duración de 15 minutos).
- El 100% de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje consideraba que la extensión de la respuesta era la adecuada.
- A la pregunta: «¿Es necesario mejorar algo?», los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje señalaron la importancia de que la herramienta fuera ágil y rápida en contestar, y demandaban más información y más preguntas.
- A la pregunta «¿Utilizarías esta herramienta para resolver dudas?», el 100% de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje respondieron afirmativamente.
- El 100% calificó esta herramienta como práctica. Y destacaron como ventajas:

  «Tienes un médico en tu casa».
  «Nos puede resolver muchas dudas».
  «Me parece práctica, porque puedes hacer preguntas que te da vergüenza hacer directamente a una persona». «Es interesante».

- La valoración final aportada por los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje fue en general MUY BUENA.

2. Sexualidad

- El 54,5% de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje comprendía la información y las palabras utilizadas. EL resto señaló que no entendía algunos de los términos utilizados (ejemplos: «clamidiasis, sífilis, trocomoniasis, papilomavirus, ETS»).
- El 100 % de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje consideraba que el lenguaje era adecuado, no alarmista. Señalaban que era un lenguaje adecuado, ajustado a su nivel de comprensión, ya que «son palabras que conocemos y hemos oído».
- El 100% de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje consideraba que el tono del mensaje era el adecuado y respetuoso.
- El 100% de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje señaló que no se había quedado con dudas en lo que había preguntado, entendía las respuestas, excepto los nombres de ETS que no conocía.

– El 90,9% de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje consideraba que la extensión de la respuesta era la adecuada. Tan sólo un alumno señaló que la respuesta era «corta» y que le gustarían respuestas más largas.
– A la pregunta: «¿Es necesario mejorar algo?», un 63,6 % los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje señalaron que la herramienta estaba «bien» y era adecuada. El 18,1% manifestó la importancia de que el servicio respondiera a más preguntas, la consideraba interesante y pedía que incluyera más información. Un 18,1% señalaba la importancia de detallar más los conceptos. Y un 9% destacaba que lo que mejoraría sería poder disponer de este servicio siempre que lo necesitara para pedir consejo.
– A la pregunta: «¿Utilizarías esta herramienta para resolver dudas?», el 100% de los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje respondieron afirmativamente.
– El 100% calificó esta herramienta como muy práctica. Y destacaron como ventajas:

«Te resuelve muchas dudas».
«Te informa de cosas que necesitamos saber».
«Aporta información para poder estar seguro con tu pareja».
«Resuelve dudas antes de hacer algo con poca seguridad».
«Te da mucha información».
«Te ayuda mucho».
«Te informa de todo».

La valoración final aportada por los alumnos y alumnas que participaron del pilotaje sobre la información recibida fue en general buena/muy buena. Al margen, a la pregunta, sobre qué otros temas preguntarían además de sexualidad señalaban: Drogas, Alimentación y más preguntas sobre sexualidad.

Retos

El proyecto fue presentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo a la opinión pública en rueda de prensa el pasado 13 de enero de 2008. Inmediatamente después fue puesto en marcha.

En las primeras conversaciones reales que mantuvo Robin con los usuarios se detectaron incidencias en el software que hicieron que se retirara. Los errores respondían a FAQs mal conectadas e incluso mezcla de respuestas contradictorias. Es decir, fallos en los protocolos y conexiones informáticas de las preguntas y respuestas. En estos momentos se están solucionando todos estos déficits y perfeccionando la herramienta.

Por este motivo Robin se enfrenta ahora a dos importantes retos: por un lado solucionar todos los problemas técnicos que le impiden ser una herramienta

eficaz y fiable y por otro, ganarse la confianza de los jóvenes para que lo incluyan en sus contactos y, finalmente en sus conversaciones. Como afirman autores como Jiménez y Vela (2005), cuando damos nuestra dirección de Messenger, «también abrimos las puertas de nuestra esfera privada, integrando al otro en nuestra red social electrónica, al tiempo que nosotros nos incorporamos a la suya.»

Bibliografía

Balaguer, R. «El chat y el Messenger: instrumentos de entrenamiento en comunicación para tiempos de incertidumbre y baja atención». VIII Jornadas de AIDEP. The British Schools, Montevideo, 2005. Observatorio para la Cibersociedad En http://www.Cibersociedad.net/archivo/articulo.php?art=209

Comisión Clínica De La Delegación Del Gobierno Para El Plan Nacional Sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo), Informe Sobre Cannabis. Febrero 2006.

Cueto, J. *«Nos vemos en el Messenger». El País Semanal,* 6 De Febrero: 10. (2005).

DomíngueZ, M. y Gordo López, A.J. (2005). «Nuevas tecnologías y sociedad de la información en españa. Un estado de la cuestión», *Cuadernos de Información Económica*, 189: 119-140.

Gordo López, A. J. Megías Quirós, I. *Jóvenes y cultura messenger. Tecnología de la información y la comunicación en la sociedad interactiva*. FAD e INJUVE, 2006

Jiménez, J.J. y Vela, C. (2005). *«La transformación de la experiencia virtual a través de la mensajería instantánea», en actas electrónicas del 2º congreso online del observatorio para la cibersociedad*, 1-14 de noviembre de 2004 (formato cdrom). Madrid: Observatorio para la Cibersociedad.

Lorente, S.; Bernete, F. y Becerril, D. (2004*). Jóvenes, relaciones familiares y tecnologías de la información y de la comunicación.* Madrid: injuve.

Ministerio de Sanidad y Consumo (Pnsd), Encuesta Domiciliaria Sobre Alcohol y Drogas en España: 2005-2006.

Ministerio de Sanidad y Consumo (Pnsd), Encuestas Estatal Sobre El Uso De Drogas En Estudiantes De Enseñanzas Secundarias: 2006-2007.

Red.Es. *Estudio de los usos de Internet en los hogares españoles. 2º informe* (abril-junio) (2004).

Red.Es. Informe panel hogares. Análisis de datos INE 2007.

Revuelta G, Roberts R, De Semir V. *Impacto de los medios de comunicación en la percepción pública de la ciencia y la tecnología en España.* [Documento de trabajo]. Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología; 2004.

www.kolokon.com: UNA FORMA JOVEN DE ENTENDER EL SEXO, LAS DROGAS Y EL ROCK & ROLL

Marta Azkarretazabal Mendiguren

Resumen

El Ayuntamiento de Portugalete sube a la red la web www.kolokon.com buscando una estrategia para llevar información sobre drogas y sexualidad a los y las jóvenes. Este proyecto se empezó a gestar en el año 1998, tras la publicación de la ordenanza reguladora de publicidad, venta y consumo de alcohol del Ayuntamiento de Portugalete, iniciativa del grupo de mediadores juveniles del proyecto de prevención de drogodependencias «En Clave Joven». La aparición de las nuevas tecnologías nos obligaba a rastrear nuevas herramientas para acercar a los jóvenes información para prevenir problemas derivados del consumo de drogas u otras prácticas de riesgo, usando sus propias claves. Entendemos que contar con información adecuada ayuda a clarificar nuestra postura ante las drogas o la sexualidad y nos aporta herramientas para tomar nuestras propias decisiones. Cuanta más información manejen nuestras y nuestros jóvenes, más fácil les será tomar sus propias decisiones haciéndose cargo de ellas y, en definitiva, mejor ejercerán su libertad. El nombre con el que se ha denominado esta web persigue llamar tanto la atención del y de la joven que busca información sobre drogas, como la del que se siente atraído por ellas. Una de las bondades de este programa es que nos permite llegar con el mismo esfuerzo a un joven de Portugalete que a otro de cualquier municipio.

Palabras clave: Prevención; Web; Joven; Drogas; Drogodependencias; Sexualidad.

Información adicional:

- Premios:
  - Noviembre de 2007: Premio en el apartado «Innovación tecnológica» concedido por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) en la III Convocatoria de Buenas Prácticas en Prevención de Drogodependencias.
  - Febrero de 2004: Premio mejor web de ocio-servicios a las mejores webs vascas organizado por El Correo Digital.com.

- Presentación en jornadas y congresos:
  - 3 y 4 de junio de 2004. X Jornadas Municipales de Prevención de Drogodependencias: Drogas y nuevas tecnologías. Estrategias de información y comunicación con jóvenes. Área de Drogodependencias del Ayuntamiento de Portugalete.
  - 24 de noviembre de 2006. Terceras Jornadas. Reflexión sobre la infancia y juventud. Ayuntamiento de Villena.
  - 4 de mayo de 2006. La prevención con jóvenes en el tiempo libre. Ankara (Turquía).

1. Introducción y justificación

Establecen los arts. 3.a y 5.1 de la Ley 18/1998 de 25 de junio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias, entre otros, que «corresponde a los poderes públicos (…) informar adecuadamente a la población en general sobre las drogas (…) y las administraciones públicas promoverán estrategias de comunicación sobre el fenómeno de las drogodependencias, sus causas y sus efectos».

Desde que en 1988 se aprobara el primer plan local de drogodependencias en Portugalete, se han ido buscando distintas estrategias para trasvasar información sobre el fenómeno de las drogas a los distintos grupos de población.

El consumo de cualquier droga supone una práctica de riesgo con lo que se recomienda a la población que antes de decidir consumirlas se disponga de información imprescindible. Sugerimos con respecto a las drogas lo que un medicamento nos sugiere antes de tomarlo: leer su prospecto. Con la diferencia de que las drogas no disponen de ese manual de instrucciones cuando se adquieren. Este proyecto pretende ser lo que el prospecto al medicamento.

Contar con información adecuada ayuda a clarificar nuestra postura ante las drogas y nos aporta herramientas para tomar nuestras propias decisiones. De cuanta más información dispongan nuestros jóvenes, más fácil les será tomar sus decisiones, mejor ejercerán su libertad.

Quienes decidan no tomar drogas, además de que no tendrán problemas con ellas, deben buscar razones para seguir así, y quienes las tomen, deben saber cómo pueden evitar consecuencias no deseadas o que no formaban parte de tal decisión.

La cuestión es cómo podemos hacer llegar a la población esa información. Y cómo podemos asegurar que quien la reciba la albergue para cuando se presente una situación en la que necesite tomar la decisión.

Y lo que es más importante: ¿cómo podemos lograr que esa información la reciban los jóvenes para los que, en su proceso de crecimiento y experimentación, las drogas tienen una consideración y un atractivo especial? Y su uso puede provocar problemas en su desarrollo personal.

¿Cómo van a recibir los jóvenes la información que necesitan para tomar una decisión adecuada, cuando tienden a cuestionar lo que procede de sus adultos o de las instituciones?

Hace ya algunos años, cuando «a la desesperada» se intentaba dar una respuesta a la avalancha de adolescentes que habían elegido Portugalete como lugar de concentración y de referencia los fines de semana, se diseñó una campaña de sensibilización al uso (bajo el tajante lema: «Maduras o fermentas») hacia aquellos jóvenes que acudían a nuestro municipio para hacer un consumo abusivo del alcohol y otras drogas. La imagen del casco antiguo del municipio todos los fines de semana parecía obligar al Ayuntamiento a dar una respuesta tajante.

El escaso impacto que la campaña, creemos, tuvo entre los jóvenes (no se produjo un cambio aparente) nos llevó, por un lado, a cuestionarnos la capacidad de un Ayuntamiento (en cuanto a recursos humanos, económicos y materiales) para provocar algún cambio de actitud de este tipo; por otro, a reflexionar sobre los motivos por los que no conseguimos llegar con nuestro mensaje, con nuestra información a los jóvenes en sus momentos de ocio.

La información se puede dar de muchas formas y por ello había que cambiar de estrategia. Para lograr un acercamiento de información a los adolescentes debíamos utilizar su mismo lenguaje y sus mismos canales de transmisión. Incluso convirtiendo al propio joven en transmisor de la información, en mediador de su información.

A partir de este planteamiento, se desarrollan en el municipio programas de prevención centrados en la información, de gran calado entre los jóvenes como: «En Clave Joven/ Enclave Joven», Garaiz (antes A.T.I.E.M.P.O.), en paralelo a los que ya venían desarrollándose en el ámbito educativo, «Jóvenes y Lonjas. Lugares Comunes», etc.

La aparición de nuevas tecnologías, el mundo de lo virtual y el crecimiento del interés de los jóvenes por éstas, nos obliga a rastrear en este campo nuevas herramientas para prevenir problemas derivados del consumo de drogas.

Tras los resultados y sugerencias del desarrollo de estos programas, el grupo de mediadores juveniles que participan en el programa En Clave Joven, sugieren adentrarse en las nuevas tecnologías, desde donde utilizando un lenguaje juvenil, próximo, cercano, llegar a aquellos jóvenes a los que desde la calle, ellos no acceden.

Este mismo grupo de mediadores diseña la estructura base y los pilares sobre los que se sustenta la página web. Justifican la existencia de un apartado dedicado a la sexualidad, porque en la mayoría de sus intervenciones observan que drogas y sexo están permanentemente presentes y en ocasiones relacionados en las conversaciones e intereses de los jóvenes con los que trabajan.

Uno y otro tema, además de interrelacionados, son suficientemente importantes y ofrecen un nivel de riesgo tal en el desarrollo personal de un/a joven como para que se le ofrezca información adecuada. Así, se opta por cimentar toda la información sobre estos dos pilares, añadiendo el de la música para dar un mayor atractivo y aliciente al joven que se acerque a la web. Ian Duri con su mítica canción nos había puesto en bandeja el subtítulo: «Sex, drugs and Rock &Roll».

El nombre de KOLOKON, que de entrada chirría como una aberración ortográfica y apóloga de las drogas, lo sugieren los mediadores juveniles por entender que resume en buena manera la web, como una forma distinta de hablar, de informar, de acercarse y de entender el interés del joven por el fenómeno de las drogas.

«Si nos dirigimos a los/las jóvenes utilizando y usando sus propias claves es más probable que nos entiendan» (En Clave Joven).

2. Objetivos Generales

1. Ofrecer a los/las jóvenes internautas en particular, y a la población en general, que accedan a la web información objetiva sobre las distintas drogas de uso más frecuente.
2. Ofrecer a los/as jóvenes internautas que accedan a la web información objetiva sobre la sexualidad.
3. Ofrecer un espacio de entretenimiento virtual y musical a partir de una información sobre drogas y sexualidad.

3. Objetivos Específicos

1. Facilitar formas de acceso de, al menos, los jóvenes del municipio a esta web.
2. Recabar información sobre las dudas más frecuentes sobre drogas y sexualidad de las personas que navegan y entran en la web.
3. Ofrecer un espacio de consulta a todas aquellas personas que lo demanden a través de esta web.
4. Proporcionar una respuesta inmediata sobre drogas y sexualidad a quien lo demande.
5. Identificar factores de riesgo derivados de las cuestiones que los internautas plantean sobre la sexualidad y las drogas en esta web.

6. Utilizar un nuevo canal de información para llegar a un mayor número de población.
7. Utilizar internet como espacio de divulgación informativa.
8. Utilizar la página como vehículo de convocatoria a actos y actividades derivados de los pilares que la componen.
9. Servir de soporte a otros servicios de información municipal.
10. Servir de soporte para canalizar inquietudes derivadas de los pilares que componen la web.
11. Facilitar información sobre los riesgos derivados del consumo de drogas o de la práctica de determinadas relaciones sexuales.
12. Facilitar información de aspectos legales derivados de determinadas relaciones establecidas con las drogas.
13. Ofrecer información sobre técnicas para modificar la frecuencia y formas de consumo de drogas o de determinadas prácticas sexuales.
14. Revisar y renovar los contenidos en la medida que queden obsoletos o desfasados.
15. Recoger y valorar sugerencias y aportaciones que los internautas realicen a la web.
16. Servir de soporte informativo al sistema educativo y a los padres.

4. Metodología y contenidos

El soporte del proyecto consiste en el diseño, elaboración y albergar en internet una página web.

Acceso: www.kolokon.com

Desde el momento mismo que se sube a Internet queda al acceso de cualquier navegante, aunque se pretende llegar especialmente a los sectores de población joven.

- Ha sido elaborada por un grupo de mediadores juveniles participantes en el programa En Clave Joven, para lo que se ha tenido en cuenta parte de la metodología de este programa que el mundo virtual permitía:

- La dinámica del programa En Clave Joven consiste en que un grupo de jóvenes (mediadores) establece en las calles de Portugalete o en un espacio cerrado habilitado, donde confluyen el espacio de ocio y el de consumo de alcohol y otras drogas, una relación continuada de fin de semana con cuadrillas de jóvenes de 13 a 18 años e inician con sus miembros una relación de iguales, facilitándoles información sobre aquellos aspectos que les preocupan o demandan.

- Una vez establecida esa relación, la función del joven-mediador es la de transmitir información a la cuadrilla de adolescentes sobre un uso más racional del alcohol y otras drogas, en el caso de que consuman, o para afianzar la decisión de los que no lo hacen, y sobre otros aspectos que puedan ser de su interés.

Siguiendo la filosofía de este programa y con las conclusiones a las que van llegando los mediadores juveniles fruto de su intervención, se diseña la página teniendo en cuenta los siguientes aspectos que la web debe contemplar:

- Lenguaje ágil y próximo al ámbito juvenil.
- Utilizar un lenguaje juvenil, su tono, su estilo.
- Buscar un nombre para la web atractivo para aquellos jóvenes con interés por las drogas.
- Incluir información sobre sexualidad por la importancia y curiosidad que junto con las drogas despierta entre los jóvenes y por los riesgos que se observan.
- La imagen visual debe ser atractiva.
- Incorporar elementos informáticos novedosos de navegación virtual que la puedan hacer más atractiva al internauta.
- Informar sólo sobre aquellas drogas de uso en el ámbito juvenil.
- Ofrecer la parte positiva y la negativa de las drogas y de la sexualidad para que puedan ser percibidas con mayor objetividad.
- Evitar información «paternalista» que pueda provocar el rechazo del internauta.
- Incluir la música como elemento de mayor proximidad al interés de los jóvenes.
- Combinar espacio de información y ocio.
- Ofrecer elementos de cierta originalidad y ruptura con lo que es habitual encontrar en internet sobre estos temas.

4.1. Estructura

Con todo ello y durante un periodo superior a los tres años se diseña kolokon.com, sustentada sobre dos pilares básicos de información fija:

- Sexualidad
- Drogas

Y un tercer elemento de menor peso: música, con enlaces a otras páginas musicales y opción de música de fondo.

1ª Imagen: «La forma joven de entender el sexo, las drogas y el rock&roll»

Se ofrece una advertencia inicial de los contenidos con los que el navegante se va a encontrar para que valore su entrada o no. Y la opción de seleccionar entre las dos lenguas oficiales de la Comunidad Autónoma Vasca (Euskera/ Castellano).

Secciones fijas de información estática

El cibernauta se encuentra con las secciones fijas de información estática sobre sexualidad, drogas y rock & roll, donde además el cibernauta puede sugerir enlaces a otras webs.

Drogas: Información sobre las sustancias y riesgos de uso o indicadores de aviso de riesgo ilustrada por tiras cómicas que refieren alguna consecuencia del uso de la sustancia:

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Ketamina
- Inhalantes
- Heroína
- Cocaína
- Speed
- Setas alucinógenas
- Lsd
- Éxtasis
- Aspectos legales de las drogas

Sexo: Información enfocada a mantener relaciones sin riesgos de embarazo o contagios y al enriquecimiento personal con la sexualidad:

- Sexualidad
- 1ª Vez
- Masturbación
- ETS
- Prevención
- SIDA
- Mitos
- Glosario
- Preservativos

Música: Enlaces con páginas musicales que el internauta también puede sugerir. Y opción para disponer de música de fondo mientras se visita la página.

Secciones fijas de información cambiante y dinámica: Consultas y agenda de eventos.

En dos columnas verticales que dividen la pantalla: un apartado de consultas y otro de noticias. En cualquiera de ellos el navegante puede participar consultando sobre las preguntas y respuestas ofrecidas a otros navegantes o bien formulando su propia consulta o noticia.

Todas las preguntas/respuestas se albergan en una base de datos, de la que el internauta puede rescatarlas con palabras clave.

En un tiempo aproximado de 48 horas el navegante recibirá la respuesta y en su caso, si él o ella lo autorizan y se considera pertinente, su pregunta y respuesta la encontrará colgada en la web.

En cualquier caso, tanto el e-mail y datos de origen de quien formula la consulta no aparecerá y para su identificación se le sugiere un ALIAS cuando se registran.

Bibliografía

FUNES, J. *Jóvenes en clave joven.* Ayuntamiento de Portugalete. 2007.

FUNES, J. *Nosotros, los adolescentes y las drogas.* Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.

PANTOJA, L. Y ABEIJÓN, J. A. *Drogas, Sociedad y Ley.* Instituto Deusto de Drogodependencias. 2003.

UNIVERSIDAD DE DEUSTO. *Las lonjas: ¿una participación ciudadana efectiva? La experiencia de Portugalete.* - Instituto Deusto de Drogodependencias. Ayuntamiento de Portugalete. 2008.

PREVENCIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS: UNA NUEVA FORMA DE ACTUAR

José Osuna Expósito

El consumo de drogas y la problemática asociada al mismo, continúa siendo un fenómeno preocupante al que la sociedad actual debe hacer frente, con estrategias novedosas que potencien la participación de la población a la que se dirige y con una finalidad acorde a las necesidades preventivas detectadas.

En este punto cabe señalar algunas conclusiones obtenidas de la última macroencuesta realizada a la población escolar valenciana.

En relación al consumo, en la Comunidad Valenciana seguimos contando con prevalencias altamente significativas y preocupantes:

- Un 87,2% de los jóvenes han consumido en algún momento de su vida algún tipo de sustancia psicoactiva. De ellos, el 90% manifiesta seguir consumiendo alguna sustancia en la actualidad. Tanto el tabaco como el cannabis alcanzan tasas similares de continuación del consumo, lo que indica que estas dos sustancias junto con el alcohol presentan una mayor aceptación social entre los jóvenes.

- Dichos consumos se producen mayoritariamente durante el fin de semana, a excepción del tabaco y cannabis que se consumen indistintamente entre semana y durante el fin de semana.

- Aunque el consumo de alcohol y cannabis en la vía pública esta sancionado por la ley, es en estos espacios donde se producen la mayoría de los consumos.

Desde un enfoque preventivo y evaluando la situación y necesidades de la población adolescente juvenil se debe tener en cuenta que:

- Un 53,6% de los estudiantes consumidores de drogas encuestados, afirman haber vivido problemas relacionados con el consumo de sustancias.

- Las actividades de prevención escolar están plenamente instauradas en los centros educativos de la Comunidad Valenciana, pues la mayoría del alumnado ha realizado alguna actividad en el aula

- Las actividades preventivas que despiertan mayor interés entre los consumidores son las charlas y experiencias que cuentan los exconsumidores, mientras que los abstinentes prefieren información nueva, clara y de calidad. Tanto los consumidores como los abstinentes manifiestan que desearían tener toda la información posible sobre las drogas, sobre todo, su origen, composición, efectos, consecuencias y experiencias personales.

Ante estas situaciones, la prevención se configura como el mejor instrumento, avalado científicamente, para la educación de la sociedad en general ante nuevas situaciones de riesgo emergentes y, especialmente, entre la población más vulnerable: los jóvenes. Pero resulta imprescindible introducir en las actividades y programas de prevención metodologías atractivas, claras y novedosas para que el alumnado no perciba con hastío las actividades preventivas, huyendo por tanto de la rutina y de las actividades repetitivas. En este marco será necesario utilizar las tecnologías de la información y comunicación vigentes actualmente e ir adaptando los programas a las nuevas tecnologías que vayan apareciendo. Además, se ha observado que la calidad de la información es importante de cara al trabajo preventivo en el aula y que, además, los programas que existen en la actualidad les resultan repetitivos, siendo importante diseñar programas y actuaciones dinámicas no sólo en el contenido sino también en el continente.

En este sentido, la FEPAD apuesta por el uso de las nuevas tecnologías y del juego, no sólo como un elemento cercano a la cultura de los jóvenes sino como un buen instrumento en el que fundamentar estrategias preventivas que aseguren su participación activa.

Una de las estrategias prioritarias en la prevención de drogodependencias, es la utilización del ocio como espacio preventivo, mediante la generación de alternativas de ocio saludable para los jóvenes y la utilización de las nuevas tecnologías y del juego, como mecanismos más cercanos a los jóvenes que facilitan la adquisición de conocimientos.

Según el diccionario de la Real Academia Española (1992), ocio es el tiempo libre, fuera de las obligaciones y ocupaciones habituales, entendiendo el auténtico ocio como aquel que tiene un fin en sí mismo, que se elige libremente y que produce una sensación gratificante y placentera.

El ocio se caracteriza por cuatro elementos fundamentales. En primer lugar, es el tiempo que no se dedica a trabajar, ni a estudiar, ni a comer ni a dormir; en segundo lugar, es un tiempo relacionado con el disfrute y la diversión; en tercer lugar, es un tiempo útil para sentirse bien, para aprender cosas, o para nuestras relaciones afectivas. Por último, es un tiempo en el que se hace uso de la iniciativa personal (haciendo lo que deseamos) y de la libertad, ya que no se está obligado a hacer algo concreto.

El modelo cultural de ocio que la sociedad transmite a los jóvenes es fundamental, así como las posibilidades de disfrutar de un abanico amplio de alternativas de ocio, al margen de las que ofrece la sociedad de consumo y la industria del ocio.

El trabajo preventivo desde estos espacios no formales de socialización resulta clave. En ellos, tiene lugar el desarrollo de importantes aspectos en la personalidad de los jóvenes como: la adquisición de identidades grupales y de la propia identidad personal; el inicio, consolidación y refuerzo de la pertenencia al grupo,…

Desde las actuaciones preventivas en espacios de ocio no se persigue únicamente entretener o tener ocupados a los adolescentes, sino crear determinados espacios y oportunidades desde los que realizar un trabajo educativo, sin renunciar a los aspectos lúdicos.

En este sentido, el juego provee de nuevas formas para explorar la realidad y estrategias diferentes para operar sobre ésta. Favorece un espacio para lo espontáneo, en un mundo donde la mayoría de las cosas están reglamentadas. Los juegos permiten a los jóvenes descubrir nuevas facetas de su imaginación, pensar en nuevas alternativas para un problema, desarrollar diferentes modos y estilos de pensamiento, y favorecen el cambio de conducta que se enriquece y diversifica en el intercambio grupal. El juego rescata la fantasía y el espíritu infantil de la niñez. Por eso, muchos de los juegos y videojuegos proponen un regreso al pasado que permite aflorar nuevamente la curiosidad, la fascinación, el asombro, la espontaneidad y la autenticidad.

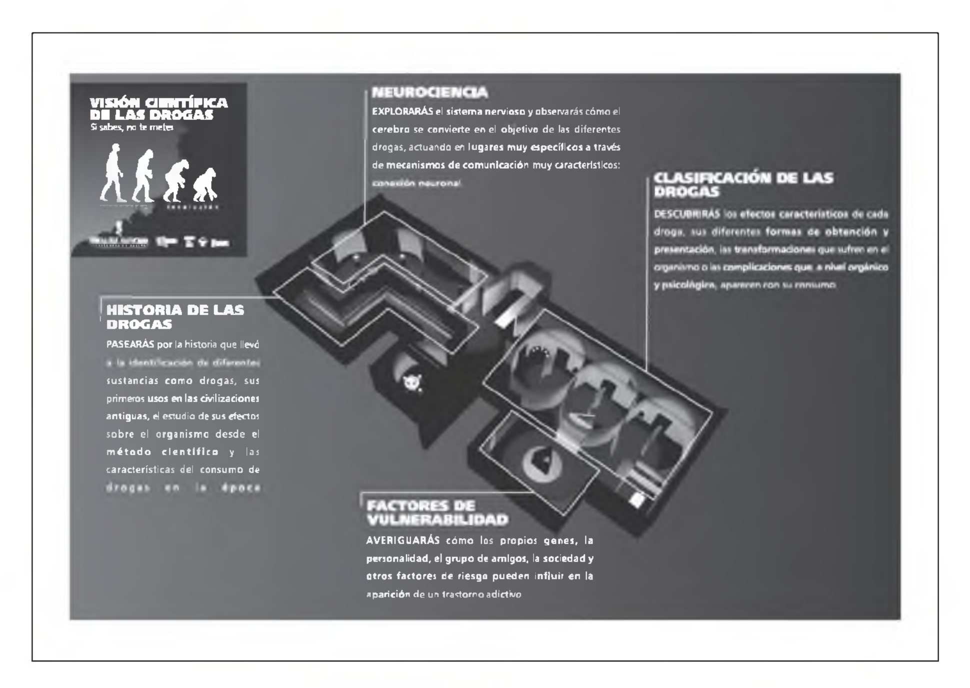
Así, los entornos de aprendizaje virtuales constituyen una forma de tecnología educativa y ofrecen una compleja serie de oportunidades y tareas, el entorno de aprendizaje virtual se define como un programa informático interactivo de carácter pedagógico que posee una capacidad de comunicación integrada. La interactividad de las nuevas tecnologías permite el desarrollo de procesos de comunicación e intercambio entre los sujetos rompiendo barreras temporales y espaciales, por tanto, el medio está jugando un papel socializador.

A partir de esta reflexión, la FEPAD ha puesto en marcha dos experiencias piloto materializadas en dos proyectos de prevención cuya base pedagógica se fundamenta en el autoaprendizaje a través de la creación de espacios lúdico-preventivos:

- Exposición: «Una Visión Científica sobre las Drogas: Si sabes no te metes»
- Sábados de Prevención
- Exposición Interactiva

Aunque se trata de programas con una estrategia común (facilitar espacios de auto-aprendizaje a las poblaciones juveniles en los que trabajar contenidos preventivos desde una vertiente lúdica), presentan claras diferencias.

1. Ubicada en el Museo Príncipe Felipe de la Ciudad de las Artes y las Ciencias de Valencia, la exposición *«Una Visión Científica sobre las Drogas: Si sabes no te metes»* ofrece la posibilidad de comprender de manera interactiva el mundo de las drogas desde una perspectiva científica y preventiva, ayudando a la población a comprender los efectos y consecuencias del consumo de drogas de una manera diferente. Se trata de una importante herramienta preventiva, donde los visitantes a través de módulos interactivos, paneles gráficos y audiovisuales, programas informáticos y maquetas pueden conocer de forma amena, científica y lúdica los efectos del consumo de drogas en el organismo, potenciando así la sensibilización y la prevención en materia de drogas.



La exposición está dividida en cuatro bloques: HISTORIA DE LAS DROGAS, donde pueden conocer la historia que llevó a la identificación de diferentes sustancias como drogas, sus primeros usos en las civilizaciones antiguas, el estudio de sus efectos sobre el organismo desde el método científico y las características del consumo de drogas en la época contemporánea. NEUROCIENCIA, donde se explora el sistema nervioso y se observa cómo el cerebro se convierte en el objetivo de las diferentes drogas, actuando en lugares muy específicos a través de mecanismos de comunicación muy característicos: conexión neuronal. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS, donde descubrimos los efectos característicos de cada droga, sus diferentes formas de obtención y presentación, las transformaciones que sufren en el organismo o las compli-

caciones que, a nivel orgánico y psicológico, aparecen con su consumo. FACTORES DE VULNERABILIDAD, donde averiguamos cómo los propios genes, la personalidad, el grupo de amigos, la sociedad y otros factores de riesgo pueden influir en la aparición de un trastorno adictivo. En estos bloques el visitante puede encontrar y dar respuesta a todas sus dudas y consultas sobre efectos y composición de las diferentes sustancias, así como la clasificación de cada una de las drogas. ¿Qué sabes sobre las drogas?, ¿cuándo aparecieron?, ¿cómo y dónde actúan?, ¿cómo afectan a la conducta?, ¿por qué provocan adicción? Son cuestiones de enorme importancia para entender el mundo de las adicciones y poder tomar decisiones desde la información y la objetividad.

La verdadera innovación de la Exposición que aquí se presenta radica, no sólo en los contenidos científicos que se trabajan, sino en la estrategia pedagógica seguida para garantizar el aprendizaje. La exposición cuenta con más de 46 animaciones y materiales interactivos (pantallas táctiles y juegos de ordenador) tales como: trivial, túnel de la historia (con voz en off), puzzle del cerebro, conversaciones simultáneas, de repente un extraño, deseos irresistibles, adicción, amistades peligrosas, ¿qué es lo que pasa?, sustancias que dejan huella, grados, zoológico de una noche, montaña rusa, de lo visible y lo invisible, basura en la basura. Todos ellos dirigidos a fomentar el auto-aprendizaje a través del juego, con lo que se consigue la participación activa de los niños y jóvenes visitantes.

La exposición ha sido creada pensando específicamente en niños y jóvenes como población diana, aunque su ubicación en el Museo Príncipe Felipe ha posibilitado que lo visite cualquier grupo poblacional (padres, madres, personas adultas,…) así como personas provenientes de otros puntos de España y del extranjero.

Para la mejora de la Exposición, y con el objetivo de fortalecer la adquisición de conocimientos se ha diseñado y puesto en marcha una visita guiada para escolares de 12 a 18 años. Se ha invitado a un total de 910 centros escolares de la Comunidad Valenciana y la han visitado entre los meses de enero a junio de 2008 aproximadamente 21.225 personas, de las cuales 11.750 son los escolares citados.

De igual forma, FEPAD ha previsto la realización de un proyecto de evaluación del museo con la finalidad de, a través de pre-test y post-test de conocimientos y satisfacción, conocer la opinión de los escolares y maestros que visitan la exposición.

Al mismo tiempo dicha evaluación permitirá conocer el grado de cumplimiento de objetivos: 1) Aumentar el conocimiento sobre los efectos y consecuencias del uso de sustancias psicoactivas. 2) Sensibilización sobre las consecuencias del uso de sustancias y aumento de percepción de riesgo de consumo. 3) Cambiar las actitudes de normalización o percepción de que el uso de drogas es «socialmente aceptado». Asimismo también permitirá incorporar las modificaciones oportunas que mejoren y faciliten la adquisición de conocimientos.

2. Complementando este gran proyecto hemos diseñado el programa *Sábados de Prevención*, dirigido al ámbito municipal valenciano y como estrategia para facilitar un primer contacto con población juvenil y padres y madres de familia.

La actividad queda estructurada en un circuito de actividades de ocio (juegos wii, taller musical) y actividades preventivas (exposición interactiva, charla informativa dirigida a jóvenes y/o padres, mensajes bluetooth y un simulador de conducción) con el objetivo de generar un espacio de encuentro y aprendizaje entre progenitores e hijos y provocar el debate y reflexión en relación al consumo de drogas, al ocio y a las alternativas y posibilidades de utilizar éste como elemento preventivo.



En el recinto en que se desarrollan las diferentes actividades encontraremos:

- **Mostrador Informativo**: en el que se distribuyen trípticos informativos de carácter preventivo con el fin favorecer la difusión de contenidos básicos. La entrada al circuito incluye una bolsa FEPAD con: folletos informativos, muñequera con la cartulina para cuñar en cada uno de los stands donde participen, merchandising y una ficha para escribir un mensaje preventivo.

  Al final del circuito habrá una urna donde podrán entregar cada una de las fichas con los mensajes preventivos. Se hará una selección del mejor mensaje preventivo al que se le entregará de premio un Ipod-nano.

- **Mensajes Bluetooth**: Con esta acción se pretende facilitar el acceso de mensajes preventivos a los jóvenes a través del uso de los móviles. De esta

manera, dos monitores enviarán mensajes preventivos bluetooth a toda la población que alcance el perímetro del mismo. Una vez recibido el mensaje, deberán acudir a un stand ubicado dentro de los «Sábados de Prevención» y junto con dos actividades realizadas obtendrán el almuerzo de manera gratuita a la salida.

- **Zona 1 - Taller lúdico Wii**: esta primera zona de juegos está dedicada a que padres y niños compartan un espacio de ocio jugando a la Wii. La duración de estos juegos será de 15 minutos por turno de participantes y durante todo el tiempo habrá un monitor ayudando y orientando a los jugadores.

- **Zona 2 - Charlas informativas**: se realizan breves sesiones informativas dirigidas a jóvenes y progenitores, con el objetivo de sensibilizar sobre la importancia de fomentar una educación para el ocio y poder ofrecer todos los recursos y alternativas de tiempo libre que se ofrecen tanto en el propio municipio como en municipios cercanos. Para la consecución de nuestro objetivo informativo contamos con la participación del Instituto Valenciano de la Juventud, encargado de fomentar la participación de centros y asociaciones juveniles en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

- **Zona 3 - Taller Musical**: en este stand, se ofrece la posibilidad de asistir a una masterclass de música, donde los niños y jóvenes van a poner a prueba diversos instrumentos: batería, guitarra y piano, fomentando el aprendizaje en música como afición preventiva frente al consumo de drogas.

- **Zona 4 - Simulador de Conducción**: Esta actividad se divide en dos partes fundamentales. La primera de ellas, corresponde a un simulador de conducción donde los jóvenes van a comprobar las diferencias reales que existen cuando se conduce bajo los efectos de sustancias o cuando se conduce sin haber consumido ninguna droga, evidenciando cómo se modifica la percepción, la capacidad de reacción y se reduce la visibilidad del campo de visión. En segundo lugar, una vez realizada la simulación, recibirán una breve charla informativa sobre consumo de drogas y conducción (seguridad vial), reafirmando de esta manera lo que ellos mismos han experimentado en el simulador.

- **Zona 5 - Exposición Interactiva**: esta actividad de carácter informativo-preventiva es utilizada como un recurso más dentro de los Sábados de Prevención, pero también como aplicación didáctica complementaria a la labor realizada desde la Dirección General de Drogodependencias de la Consellería de Sanidad de Valencia a través de los programas oficiales de prevención escolar Órdago, Barbacana y Prevenir para Vivir.

Orientada por un técnico de prevención de drogodependencias y apoyada en el uso de pantallas táctiles, la exposición interactiva se diseña con un doble objetivo:

- Ofrecer a la población escolar información relacionada con las drogas de manera individual, interactuando y aprendiendo por sí mismos los contenidos que más les interesen.
- Crear un sistema de recogida de información sobre las necesidades informativas que mantienen estos grupos de población.



A través de pantallas táctiles divididas cada una de ellas en cinco bloques temáticos *(Drogas: conceptos generales, Drogas, ¿tú qué sabes?, ¿Qué pasa al consumir?, ¿Mezclas?, ¿A qué juegas?, Conducción y drogas)* se puede realizar toda una serie de ejercicios prácticos presentados con voz en off, para ser resueltos por el sujeto de manera individual e interactuando con la pantalla táctil. Tras cada respuesta aparecerá una breve explicación sobre la cuestión que se ha planteado, en el caso de que la respuesta sea incorrecta.

Todas las respuestas se recogerán en una base de datos para su posterior análisis, pudiendo indagar sobre qué bloques temáticos son los que tienen más entradas, dónde existe carencia de información y dónde el nivel informativo de los escolares es óptimo. Así mismo y con objetivos evaluadores hemos introducido al comienzo de la exposición variables socio-demográficas de interés (edad, sexo, nacionalidad) y el código del centro escolar como variable discriminatoria para realizar análisis individualizados por centro.

Así pues, con estas iniciativas hemos pretendido contribuir a un aprendizaje de contenidos preventivos a través del uso de metodologías educativas más participativas, pero sobre todo favorecer que los primeros contactos con los adolescentes, jóvenes y padres a nivel preventivo sean positivos y estimulantes. Tan sólo pretendemos ofrecer la posibilidad de poner en práctica nuevas fórmulas preventivas, en definitiva, *NUEVAS FORMAS DE ACTUAR*.

Bibliografía

Becoña E. *Los adolescentes y el consumo de drogas.* Papeles del Psicólogo 2000; 77: 25-32.

Cuenca, M. (1995). *Temas de pedagogía del ocio.* Bilbao: Universidad de Deusto.

Franch, J., Martinell, A. (1994). *Animar un proyecto de Educación Social.* Barcelona: Paidós Ibérica.

Fundación para el Estudio Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (2006). *Ocio y consumo de drogas en escolares de la Comunidad Valenciana.* Valencia: FEPAD.

Laespada MT, Salazar L. *Las actividades no formalizadas de los jóvenes*. En Elzo J, Orizo FA, González-Anleo J, González P, Laespada MT, Salazar L editores. *Jóvenes españoles '99.* Madrid: Fundación Santa María; 1999. p. 355-400.

Megías E, Rodríguez E, Megías I, Navarro J. *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004*, Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2005.

Navarro J. *El consumo de drogas en la Comunidad Valenciana 2006.* Madrid: Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. 2007.

Real Academia de la Lengua Española (2008). *Definición de ocio.* Recuperado el 26 de octubre de 2008 de URL: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=ocio

Rodríguez J, Agulló E, Agulló MS. *Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil*. Adicciones 2003; 15 supl. 2: 7-34.

Valderrama JC, Tortajada S, Alapont L, Vidal A, Perez MJ, Castellano M *et al*. Rapid Assessment of Drug Abuse Prevention Needs for Youth in Small Spanish Municipalities: Coping with Resource Limitations. Journal of Drug Issues 2006; 36: 29-52.

ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE LA WEB 2.0 Y LOS MUNDOS VIRTUALES EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: SERVICIOS Y RETOS DE FUTURO

MANUEL ARMAYONES RUIZ

Resumen

En este trabajo se analizan algunas de las utilidades de la denominada Web 2.0 para la promoción e intervención a través de nuevas tecnologías en el campo de las adicciones. Se hace un repaso por herramientas como los wikis, blogs, los programas de intercambio de vídeos, como YouTube y se hace especial hincapié en las «plataformas virtuales de salud» que se están desarrollando en el mundo anglosajón a partir de la idea de «redes sociales» generalistas y también del nuevo papel del «paciente» que con el uso intensivo de las nuevas tecnologías se está transformando en un «e-paciente» con un papel mucho más activo en su cuidado y tratamiento.

Finalmente se hace una prospección de cómo irán confluyendo estos servicios para ofrecer al usuario una atención más integrada de su problemática.

Palabras clave: Adicciones, e-pacientes, plataforma virtual de salud, redes sociales, Web 2.0

1. Introducción

Un análisis de la utilidad de la Web 2.0 y los mundos virtuales en la prevención y promoción de la salud no puede ser llevado a cabo sin tener en cuenta unas premisas previas. Una de las premisas es que en el momento actual son pocas las iniciativas que existen en nuestro país en las que se integren los elementos de la Web 2.0 o Web social en relación a las adicciones, y que por tanto si esto puede ser un aspecto negativo el positivo es que casi todo está por hacer.

Según Wikipedia la Web 2.0 está orientada a la interacción y redes sociales. La Web 2.0 puede servir contenido, explotar los efectos de las redes creando o no webs interactivas y visuales. En este sentido la Web 2.0 actúa más como un punto de encuentro entre usuarios que como espacios de información estáticos, en contraposición a la Web 1.0 (la clásica «página web») que permitía muy poca interacción al usuario y que cuando ésta se daba solía ser poco ágil.

En esta ponencia de la Jornada Drojnet sobre aplicación de las nuevas tecnologías a la prevención y asistencia en adicciones, pretendemos ofrecer una somera visión tanto de la situación actual de las posibilidades de la Web 2.0 en relación a la prevención y asistencia en adicciones como de los mundos virtuales, específicamente de uno de los más conocidos y «habitados» como es Second Life.

Para ello haremos referencia a algunas experiencias e iniciativas que ya se están llevando a cabo y ofrecemos algunas reflexiones al respecto de cuál será la evolución a medio plazo de este tipo de servicios en la red, no sin antes detenernos brevemente en algunas de las características del usuario de servicios basados en Web 2.0 orientados a salud: el e-paciente.

2. Un nuevo perfil de paciente: el e-paciente

El rol del paciente está evolucionando a marchas forzadas en el mundo asistencial. El campo de la atención a las adicciones no será una excepción y paulatinamente emergerá un nuevo usuario-paciente mucho más proactivo y con mayor voluntad de tomar el control de su salud del que hasta ahora podía solicitar nuestra intervención como profesionales. Esta nueva figura es la del «e-paciente» o también denominado «paciente experto» (Armayones, Hernández, 2007).

Uno de los primeros autores en utilizar el término e-paciente fue Ferguson (Ferguson & Frydman, 2004). El autor se refiere genéricamente al e-paciente como un paciente proactivo, implicado en el mantenimiento de su salud y más integrado en el sistema de asistencia sanitaria. Poco después Jadad (Jadad, Rizo, & Enkin, 2006) remarcaba esta idea y la ampliaba con la de que en una sociedad en la cual cada vez será más difícil satisfacer las necesidades de los ciudadanos (aumento de población, envejecimiento) será necesaria la figura de este e-paciente, a pesar de que rompa claramente con la imagen que desde una perspectiva profesional se pueda tener de lo que es/era un «buen paciente».

Hasta ahora un buen paciente era una persona a la que, una vez que le habían diagnosticado una enfermedad, o en el caso de los adictos se había establecido el abuso o la adicción, cedía todo el control sobre su enfermedad, sobre su salud e incluso a veces sobre su vida al sistema sanitario. Una persona que se podía limitar a hacer «lo que le dijeran, que normalmente no protestaba, aceptaba los tratamientos sin hacer demasiadas preguntas y que en definitiva «tenía paciencia». ¿Pero quién puede tener paciencia en esta sociedad cuando él o algún familiar cae gravemente enfermo?

En contraposición a esta figura del antiguo «buen paciente» Jadad presenta un paciente activo, proactivo, que quiere y puede participar en las decisiones que le afectan como persona y que básicamente quiere participar en las decisiones que se tomen en relación a su tratamiento y a su salud.

Siempre han existido personas, pacientes, usuarios que han sido reacios a ceder el control de su salud al sistema sanitario y que de manera más o menos activa han querido participar en las decisiones que se tomaban en relación a su tratamiento. El elemento diferencial lo da la «e», que nos habla de una persona con acceso, casi ilimitado, a fuentes de información on-line y que además tiene unas competencias informacionales que le permiten sacar el mejor provecho de las nuevas tecnologías.

Es fácil que algunos profesionales tengan ciertas reticencias ante este nuevo rol del usuario, que pasa a ser agente de su propio cambio, y que por tanto puede parecer más «exigente», pero concretamente en el mundo de las adicciones consideramos que «el cambio» no será tan dramático como en otros entornos de atención en el que la actitud del paciente, su implicación en la terapia y su estado psicológico era prácticamente desdeñado en cuanto importante para la intervención tal y como veremos en un apartado posterior.

Consideramos que en el campo del tratamiento de las adicciones pueden ser muchos los avances que se hagan en lo relativo al papel activo de los pacientes, y de los intercambios que estos puedan realizar entre sí y en relación a los profesionales que les atienden. Así, consideramos que un correcto uso de las nuevas tecnologías y concretamente de las aplicaciones propias de la Web 2.0 y también de los mundos virtuales (que incorporan gran parte de las características de la Web 2.0) favorecen aspectos como:

- El intercambio de conocimientos entre pacientes
- El intercambio de conocimientos entre pacientes y profesionales
- La percepción de un mayor apoyo social
- La mejora en los cuidados que se presten a otras personas
- La percepción de mayor autoeficacia
- La construcción de un cuerpo de conocimientos que pueda alimentar la investigación (epidemiológica, social)

Quizás una de las variables más relevantes de las citadas sea la de autoeficacia. Este concepto es clave en intervención psicológica y lo podemos entender como: la creencia que tenemos las personas sobre nuestras capacidades para organizar y ejecutar acciones para afrontar situaciones futuras (Bandura, 1987).

Esta percepción de capacidad para enfrentarse a la situación es muy importante si la relacionamos con un proceso adictivo. Tener la creencia de que podemos enfrentarnos a la adicción, superarla, ser capaces de ayudar a que otros la superen y

continuar siendo útiles tanto para nosotros mismos como para la sociedad, se configura como un factor de protección que, en el caso de la adicción, puede ayudar a disminuir posible sintomatología asociada como depresión, ansiedad y también contribuir a evitar la temida recaída.

Pero una vez que hemos comentado algunas de las características del e-paciente y también algunas de las variables que una actitud como la suya pueden contribuir a modular, centrémonos en el papel que juegan las nuevas tecnologías y en concreto en las posibilidades de la Web 2.0 y de los mundos virtuales en el campo de las adicciones, ya que estas tecnologías se configuran como el espacio natural de expresión, las «armas» de los e-pacientes para afrontar su problema de salud.

2. El e-paciente en la intervención en drogas: dejà connu?

Cuando en otros foros, quizás más centrados en patologías estrictamente «físicas», hablar de e-pacientes podía resultar provocador, en el campo de la intervención en drogas es un término, que sin que tengamos constancia de que se haya denominado así, ha sido considerado en un gran número de programas de intervención.

Así, la participación de ex adictos en las intervenciones, aconsejando y orientando, con roles similares al de co-terapeuta en algunos casos, como personal de apoyo en comunidades terapéuticas, como referente de personas que estuvieran luchando contra su adicción (caso del alcohol por ejemplo), como acompañantes de personas en tratamiento que debían enfrentarse a situaciones de consumo, etc., se ha venido desarrollando desde hace muchos años. La imagen de los grupos de ayuda mutua entre usuarios, sobre todo en alcoholismo, adicción al sexo, ludopatía, etc. forma parte del imaginario popular de muchos ciudadanos ya que han sido popularizadas en el cine en el que en muchas ocasiones se presentan reuniones de «Alcohólicos Anónimos».

Las justificaciones a esta implicación de otros pacientes, de «pacientes expertos» debidamente seleccionados y formados han sido muchas: desde «ser la extensión del terapeuta» en situaciones de la vida cotidiana a ser los más indicados para «explicar trucos» para conseguir vencer la adicción y en definitiva a ofrecer modelo, apoyo social, ayuda en situaciones de crisis, etc.

En pocos trastornos este tipo de participación del paciente, que a menudo se ha mantenido vinculado a la institución que le ayudó a vencer su adicción, ayudando a su vez a otros, ha sido tan relevante como en el campo de las adicciones.

Siendo esto así, ¿qué sentido tiene llamar la atención sobre este tipo de paciente en adicciones? Básicamente el de remarcar que en el trabajo con adicciones es desde el que puede haberse contribuido de manera crítica a la gestación de este nuevo rol, debido probablemente a que en adicciones ha ocurrido lo que en estos

momentos ocurre en muchas áreas de la Sanidad y que es, desde nuestro punto de vista, lo siguiente:

- Se ha producido un gran avance de las técnicas diagnósticas pero menor en las terapéuticas (ej.: conocemos que determinadas enfermedades tienen un origen genético bien delimitado, pero la terapia genética apenas está empezando a dar sus primeros pasos).

- Han aumentado evidencias científicas de la «multicausalidad» de muchas enfermedades y trastornos: genética, contexto social, alimentación, estado psicológico, etc.

- Aumenta el convencimiento de que no hay «soluciones únicas» para problemas multicausales (por ejemplo para enfermedades crónicas) y que el abordaje necesariamente debe ser multidisciplinar (ej.: intervención sobre SIDA).

¿No es ésta la situación del estudio sobre algunos tipos de adicciones? ¿Cuál por tanto puede ser la respuesta de los pacientes ante una situación en la que cada vez más se tienen en cuenta aspectos como: la personalidad, el entorno sociocultural, la motivación hacia el tratamiento, la adhesión al mismo, etc.?

En unos momentos en los que el avance de la ciencia ha conseguido hacer crónicas muchas enfermedades que hasta ahora eran mortales (por ejemplo el SIDA o distintos tipos de cáncer) es lógico que las «inquietudes» de los enfermos confluyan en querer tomar parte en su tratamiento y en muchos casos en implicarse en ayudar a los demás (asociaciones de enfermos por ejemplo).

La diferencia es que hace sólo unos pocos años la participación no podía ir más allá de acciones localizadas, pero en estos momentos la irrupción de Internet en nuestras vidas y particularmente las utilidades de la Web 2.0 ofrecen un catálogo de posibilidades de acción de las que se están apropiando los ciudadanos del siglo XXI.

2.1. La web 2.0 como espacio de interacción del usuario: el caso de las adicciones

Desde la creación de Internet los ciudadanos hemos utilizado diferentes servicios de Internet con la finalidad de encontrar información sobre determinados problemas de salud. Viendo la prevalencia de los problemas de adicción en la sociedad, es más que probable que muchas de estas consultas sean relativas a adicciones. De hecho en estos momentos existen diferentes iniciativas en la Red que promueven el uso de las TIC entre los enfermos y sus familiares. Hay datos como los recogidos para el Instituto Pew Internet de los EE.UU. (Fox, 2002; Pew Internet & American Life Project Tracking, 2005) que informan de que un 79% de los usuarios de Internet

han buscado información relativa a su salud (datos correspondientes al 2005). En estos momentos en nuestro país y según el último informe del Observatorio Red. es del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio (Observatorio Redes, 2007), el uso de Internet para buscar información sanitaria está en torno al 42.6% de la población. Este dato contrasta con el de tres años atrás, cuando sólo el 24.4% de los usuarios informaban de utilizar la Red para buscar información relacionada con su salud.

La aparición de la Web 2.0 ha dado un impulso clave a Internet que no sólo aprovecha, más aún, las potencialidades de servicios como: correo electrónico, webs, mensajería instantánea, etc. sino que incorpora una herramienta que puede ser crítica en el campo de la Salud, como es la creación de «Plataformas Virtuales», que en el caso que nos ocupa tienen como objetivo ofrecer un espacio de relación y comunicación entre enfermos y familiares con el fin de compartir experiencias, conocimientos y por qué no decirlo, sabiduría, contribuyendo así al aumento de la percepción de autoeficacia del paciente y familiares ante una situación amenazante, como es una enfermedad grave, o en el caso que nos ocupa una adicción.

Desde un punto de vista ortodoxo de la intervención psicológica podría parecer que este tipo de plataformas virtuales no constituyen una intervención en sí misma. Y probablemente el lector tiene toda la razón porque no es la plataforma en sí misma la que puede contribuir a la mejora del estado emocional del usuario, sino los diferentes servicios y estrategias que el psicólogo puede utilizar para trabajar en y con ellas, sea en el campo de las adicciones o en cualquier otro tipo de trastorno.

Sobre la eficacia de las Plataformas Virtuales como herramientas para intervenir, han investigado autores como Murray (Murray, Burns, See Tai, Lay & Nazareth, 2006) que en el informe de la revisión Cochrane que realizaron sobre *«Plataformas de Comunicación Sanitaria Interactiva concluyen que: Las PCSI parecen tener efectos muy positivos sobre los usuarios, en el sentido de que los mismos tienden a estar más informados y a sentir un mejor apoyo social y pueden presentar mejores resultados conductuales y clínicos en comparación con los no usuarios. Se necesitan más estudios de eficacia, con tamaños de la muestra más grandes, para confirmar estos resultados preliminares, determinar el mejor tipo y modo de administración de las PCSI y establecer los efectos de las PCSI en diferentes grupos de personas con enfermedades crónicas»*.

Un año después de la publicación de la revisión Cochrane referida, el director del Center for the Global E-Health Innovation de la Universidad de Toronto, el Dr. Alejandro Jadad (Jadad A, Enkin, Glouberman, Groff & Stern, 2006) indicó el papel clave que en el siglo XXI pueden tener las comunidades y asociaciones de pacientes que utilicen las nuevas tecnologías para conseguir hitos hasta ahora difíciles de imaginar, a partir de la construcción de conocimientos sobre sus enfermedades que puedan ser claves para mantener la salud y abordar de la mejor manera posible su

situación, tanto en lo relativo al cuidado de los pacientes a nivel individual como a los posibles estudios e incluso ensayos clínicos que puedan realizarse a partir de los datos consignados voluntariamente por los usuarios.

2. 2. Características generales de las Plataformas Virtuales de Salud basadas en Web 2.0

Las Plataformas Virtuales de Salud se constituyen como un espacio privilegiado de relaciones entre e-pacientes. Como no podía ser de otra manera por la filosofía 2.0 sobre una base común las plataformas se configuran «a medida» de cómo decidan los participantes. Hay plataformas que permiten a los usuarios crear grupos específicos, por enfermedad por ejemplo: alcoholismo, tabaco, cocaína, adicción a compras, sexo, etc. y otras que son iniciativas de asociaciones, tanto de pacientes, como de profesionales, que entre sus servicios ponen a disposición de sus asociados este tipo de espacios.

Cuando pensamos en una plataforma virtual de salud, podemos tener tendencia a pensar en un espacio muy definido, muy específico de personas con problemas de salud y en el marco de iniciativas gubernamentales o bien empresariales (por ejemplo para vender publicidad sobre determinados servicios sanitarios). Como veremos en el apartado posterior cuando exponemos algunas de las principales plataformas que en estos momentos ya son una realidad; éste es un perfil bastante correcto, pero lo que queremos subrayar aquí es que la tipología de plataformas puede ser tan amplia como amplio es el abanico de intereses de los miembros de una determinada asociación o grupo de usuarios, es decir al igual que el viejo aforismo de que «no hay enfermedades sino enfermos» (de clara adscripción humanista) podríamos decir que «no hay plataformas sino personas en ellas».

Aun así, sí que consideramos que una Plataforma Virtual tiene que tener una serie de características comunes a fin de que el psicólogo pueda utilizarlas para intervenir. Hemos intentado categorizar algunas:

- **Existencia de un espacio personal**
  - *Posibilidad de editar su perfil personal*
    - Datos personales y de su enfermedad
    - Incorporar ficheros: audio, video, fotografías, etc.
    - Existencia de recursos para gestionar la enfermedad: agenda para la posología de los medicamentos, fichas para preparar la visita al médico (preguntas a hacer, dudas, información sobre efectos de medicación)
  - *Posibilidad de tener espacios privados de intercambio con otros usuarios*
    - Mail
    - Chat privado
    - Mensajería instantánea con voz y video

- **Existencia de un espacio de evaluación e intervención psicológica**
  - *Espacio de evaluación diaria de la evolución de la persona*
  - *Acceso, si hace falta, a intervenciones on-line asincrónicas en determinadas circunstancias: ansiedad, depresión, estrés postraumático, etc.*
  - *Acceso, si es preciso, a programas de intervención dirigidos por psicólogos de manera sincrónica (por ejemplo un grupo terapéutico)*

- **Existencia de espacios de intercambio en grupo**
  - *Foros*
  - *Chats*
  - *Mensajería instantánea*

- **Existencia de repositorio de recursos**
  - *Información sobre la enfermedad*

- **Dirigida a Familiares/Pacientes y dirigida a Profesionales**
  - *Links a información sobre recursos sanitarios*
  - *Links a información sobre recursos sociales*

Esta lista de características no pretende ser exhaustiva y es posible que haya plataformas que permitan muchas más utilidades que pueden ser interesantes de cara a monitorizar el efecto que el uso de estos servicios tiene sobre las variables sobre las que queremos intervenir, o al menos sobre las que esperamos que se produzca un cambio; porque en función del tipo de objetivos que el psicólogo se plantee, la intervención puede estar más o menos dirigida. Así por ejemplo el psicólogo de una asociación podría contribuir a la creación y mantenimiento de contenidos sobre una determinada enfermedad o tipo de adicción, dando respuesta a distintos tipos de necesidades: mayor información, mayor relación entre usuarios, etc. En este caso su «intervención» podría ser la de acercar a los usuarios a la plataforma y motivarlos para participar activamente. Pero también nos podríamos encontrar que el psicólogo de una asociación de niños enfermos de una enfermedad con pocas posibilidades de supervivencia, tuviera que intervenir de una manera más dirigida a través de módulos de intervención que pueden ser de tipo híbrido (combinando presencialidad y virtualidad) o incluso derivando a los usuarios a servicios presenciales en los que se pudiera trabajar a otro nivel.

2. 3. Algunas Plataformas Virtuales de Salud

Para ilustrar nuestras ideas respecto a la utilidad de las plataformas virtuales de salud, veremos a continuación algunos ejemplos de éstas. Empezamos presentando una de las pocas iniciativas que existen en catalán y castellano. Se trata de la página web www.webpacientes.org. Esta página desarrollada por la Fundación Biblioteca

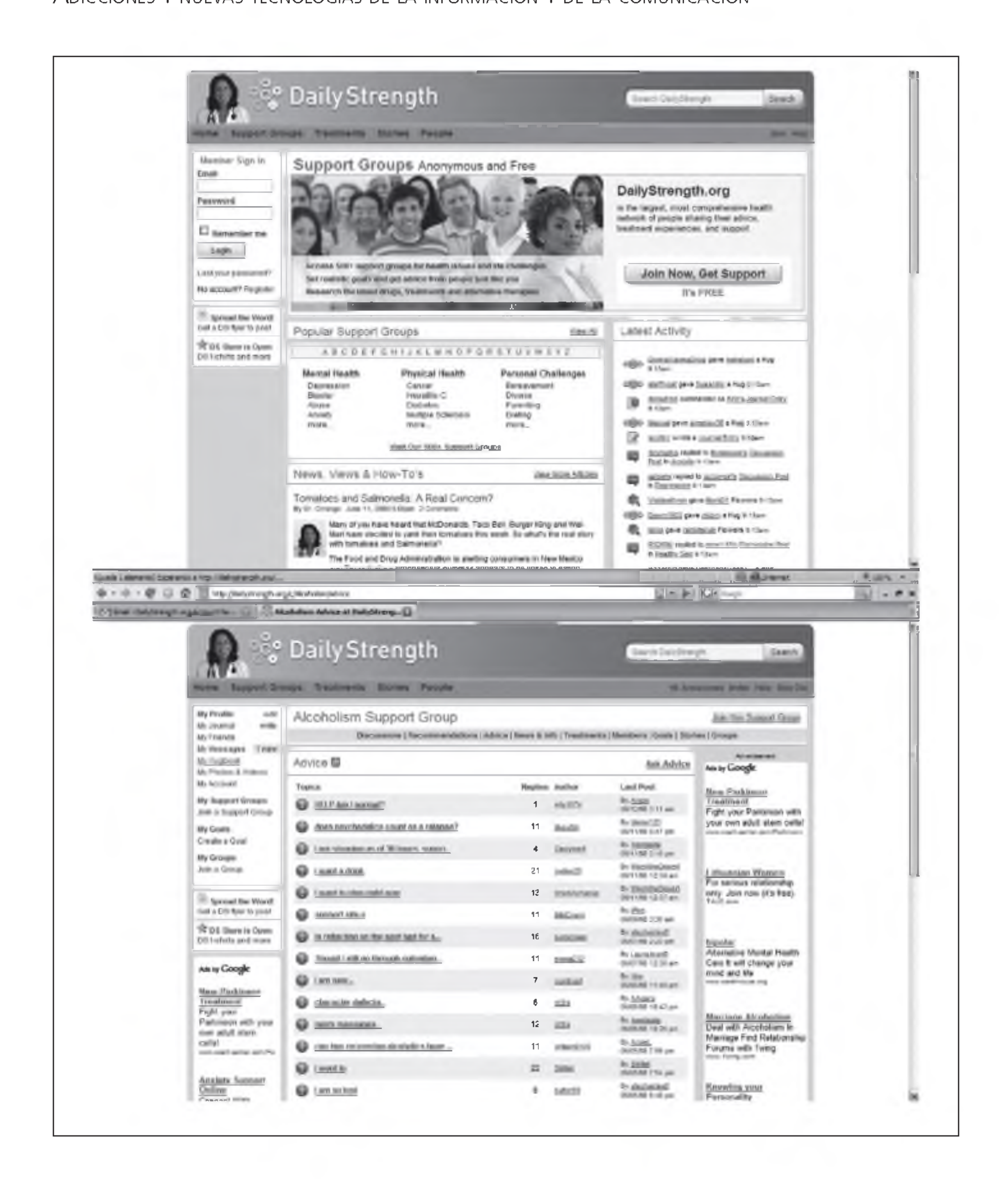
Josep Laporte ofrece a pacientes y familiares información amplia sobre asociaciones, diferentes enfermedades, recursos, actividades, etc., permite además suscribirse en publicaciones e incluso bajarse archivos de voz con información realmente interesante.

La Fundación Biblioteca Josep Laporte ha desarrollado también la iniciativa La Universidad de los Pacientes, iniciativa que pretende contribuir a la formación de los pacientes de cara a colaborar activamente en el mantenimiento de su salud y que ya tiene incorporados servicios 2.0. El espacio está estructurado en una serie de aulas virtuales en función de la enfermedad o interés de cada persona donde puede encontrar recursos y espacios de comunicación muy específicos sobre su situación.

Pero es en el mundo anglosajón donde el número de plataformas virtuales de salud, creadas con la filosofía Web 2.0, es realmente importante al contrario de lo que sucede en el ámbito de la lengua española. No es posible aquí analizar las posibilidades de cada una para la intervención en adicciones pero invitamos al lector a revisar estos links haciendo el ejercicio de imaginar qué servicios de los que ofrece a los usuarios de sus dispositivos asistenciales podrían ofrecerse a través de estas plataformas:

Patients Like Me	http://www.patientslikeme.com
Organized Wisdom	http://organizedwisdom.com/Home
Care Pages	http://www.carepages.com/home_page.jsp
Wellocities	http://www.wellocities.com
Revolution Health	http://www.revolutionhealth.com
Daily Strength	http://dailystrength.org/

Para simplemente tener un ejemplo visual de una de las plataformas hemos insertado dos capturas de pantalla de la plataforma «Daily Strength» en la que podemos observar, en la primera captura el elevado número de grupos de ayuda mutua que existen en la categoría «adicciones» y ya entrando en uno de los grupos, concretamente en el de «alcoholismo» los servicios que ofrecen entre los que destacan: consejo, información sobre el tratamiento, compartir historias, foro de discusión, contactos con otros miembros, etc. Llegados a este punto nos podríamos preguntar: si la mayoría de estos usuarios están en tratamiento por alcoholismo (como expresan en sus historias personales), ¿cómo puede afectar a la relación terapéutica que el «paciente» interactúe en este tipo de plataforma? ¿Quién está atendiendo realmente al usuario? ¿Cuál es el papel del terapeuta? El debate sobre todas estas cuestiones queda abierto.



Si el lector hace un análisis detallado de las plataformas se encontrará que todas son de titularidad privada, que permiten la relación entre pacientes y familiares, que expresan tener una política de privacidad clara y además algunas tienen certificaciones de calidad como el sello de calidad «HONcode». Aun así también encontrará que se cobra por determinados servicios (como consultas por chat) o encontrará publicidad directamente relacionada con su enfermedad. Aquí cabe mencionar que como iniciativas privadas que son tienen legítimo derecho a buscar rendimiento económico, lo que ocurre es que se echan en falta iniciativas desde el sector público que puedan ofrecer alternativas al ciudadano.

Utilidad de las Plataformas en el caso de las adicciones: un supuesto

Para profundizar en las características de las plataformas recomendamos al lector el ejercicio de darse de alta en alguna de ellas como usuario y explotar sus servicios y posibilidades.

Pero con el ánimo de ejemplificar aquí algunas de las utilidades que, desde nuestro punto de vista, pueden tener las plataformas virtuales de salud, proponemos al lector el siguiente supuesto: imaginémonos que trabajamos para una institución dedicada a la prevención y tratamiento de distinto tipo de adicciones. Supongamos que somos un profesional que después de consultar literatura científica decide incorporar una plataforma virtual a su trabajo e imaginemos que queremos realizar unas primeras hipótesis sobre qué tipo de utilidades nos pueden ser de utilidad para intervenir sobre nuestra población diana.

Para ello podríamos confeccionar una tabla similar a la que veremos a continuación. Una tabla en la que se especifique qué elementos tiene la plataforma que va a diseñar y utilizar y la posible utilidad que podría darle en su trabajo. Por supuesto podríamos, y deberíamos, establecer sistemas de «medición» para evaluar hasta qué punto los distintos elementos de la plataforma pueden ayudarnos a conseguir los objetivos propuestos (aumentar el nivel de información sobre los efectos de la sustancia por ejemplo) y también podríamos buscar otros «módulos» y aplicaciones complementarias que pudiera incorporar a su plataforma (más aún si es en código abierto).

Como verá el lector en la siguiente tabla no se expone ninguna utilidad que no se encuentre ya en algunas de las plataformas que ha podido explorar en el apartado anterior, cuando ofrecíamos los links a algunas de las plataformas más utilizadas en el mundo anglosajón.

Elemento de la Plataforma	Posibles utilidades
• ***Existencia de un espacio personal***	
– Posibilidad de editar su perfil personal	
• Datos personales y de su enfermedad	Para que el usuario pueda llevar un "autorregistro" tanto de su consumo como de su estado emocional. Puede permitir que a través de la "automonitorización" el usuario aumente su adherencia al tratamiento si por ejemplo sus evoluciones las puede visualizar a través de sencillos gráficos.
• Incorporar ficheros: audio, video, fotografías, etc.	Contribuirá a aumentar la sensación de compartir y pertenecer a una comunidad, que puede estar formada por personas en el mismo nivel de tratamiento. Si los ficheros son relativos a su adicción o problemática social asociada, puede contribuir a un mejor conocimiento y cuidado de uno mismo (por ejemplo consejos para un consumo seguro realizados por voluntarios o profesionales)
• Existencia de recursos para gestionar la enfermedad: agenda para la posología de los medicamentos, fichas para preparar la visita al profesional (preguntas a hacer, dudas, información sobre efectos de medicación)	Puede ayudar a mejorar la adhesión terapéutica, a cometer menos errores con la medicación y a detectar cualquier problema. Contribuye por lo tanto a aumentar la sensación de autoeficacia del paciente que se "responsabiliza" más de su cuidado y se siente "más capaz" de hacerlo
– Posibilidad de tener espacios privados de intercambio con otros usuarios	
• Mail	Puede ser útil para enviar documentación para aumentar la autoeficacia del usuario, y para mantener el contacto y adhesión a la comunidad de la asociación. Utilizable para trabajar diferentes tipos de intervención psicológica basadas en el suministro de información al usuario.

Elemento de la Plataforma	Posibles utilidades
• Mensajería instantánea	Ídem. Chat privado, pero con la posibilidad de incorporar cámara y audio a la conversación lo que puede mejorar la calidad de la interacción y el vínculo terapéutico. Puede ser interesante para plantear preguntas que pueden costar más en consulta (ej. efectos del consumo en la sexualidad)
• ***Existencia de un espacio de evaluación e intervención psicológica***	
– Espacio de evaluación diaria de la evolución de la persona	Adecuado para hacer una evaluación de la situación del consumo día a día, que puede ser privado o compartirse con aquellas personas que así lo deseen (compañeros de tratamiento, familiares, etc.) Se pueden utilizar cuestionarios breves que evalúen ansiedad y depresión y también un espacio para comentarios abiertos por si la persona necesita contactar con el equipo para una atención más personalizada o presencial.
– Acceso, si es preciso, a intervenciones on-line en determinadas circunstancias: ansiedad, depresión, estrés postraumático, etc.	Adecuado para realizar intervenciones encaminadas a la reducción de los niveles de ansiedad, trabajar habilidades sociales, trabajar el apoyo social, etc.
• Existencia de espacios de intercambio en grupo	
– Foros/Blogs	Puede aumentar la información sobre la enfermedad de una manera muy estructurada y por "tópicos" (médico, psicológico, social, etc.). Muy útil para preparar visitas al médico o psicólogo si el foro tiene la estructura adecuada al poder consultar rápidamente gran cantidad de información compartida con otros usuarios.
– Chats	Permite interactuar con otras personas de la comunidad. Aumentar la percepción de apoyo social y los niveles de información con respecto a la enfermedad

Elemento de la Plataforma	Posibles utilidades
– Mensajería instantánea	Igual que el chat pero mucho más efectiva, rápida y quizás "menos fría" que el chat escrito (por la posibilidad de incorporar webcam y sonido). Permite la creación de grupos pequeños pudiendo realizarse videoconferencias entre un grupo de pacientes en una situación similar que quieran compartir sus experiencias, intercambiar consejos o incluso "presentarse a las famílias", etc
• ***Existencia de repositorio de recursos***	Aumenta el nivel de información y también puede contribuir a aumentar la percepción de autoeficacia ante la adicción, tanto a nivel preventivo como a nivel de tratamiento de la adicción establecida. También aumentaría el nivel de apoyo social si sabe utilizar la información para dar apoyo a compañeros
– Información sobre la enfermedad	
• Dirigida a Familiares/Pacientes y dirigida a Profesionales (por ejemplo a través de Wikis)	Puede favorecer la percepción de apoyo social en relación a personas "externas" a la asociación que con una buena información pueden comprender mejor su situación o en el caso de prevención utilizar la información para distintos tipos de campañas. Permite que se "construya conocimiento" entre todos los actores de la red social: profesionales, familiares, usuarios, etc.
– Links a información sobre recursos sanitarios (por ejemplo a través de Wikis)	Aumenta la percepción de autoeficacia, permiten conocer la enfermedad, informar y formar, compartir conocimientos, preparar visitas a los profesionales, etc. Mejor "control" de la situación personal de cada uno.
– Links a información sobre recursos sociales	Aumentar la percepción de autoeficacia, permiten conocer la enfermedad, informar y formar, compartir conocimientos. Contribuye también a aumentar la percepción de apoyo social por parte de la comunidad que ofrece sus recursos a la persona que lo precisa.

Lo ofrecido en la tabla anterior es sólo una muestra de las posibilidades de trabajo que las plataformas de salud basadas en aplicaciones Web 2.0 ofrecen a los profesionales. Obviamente no puede ser una lista exhaustiva porque cada contexto de intervención nos marca sus propias necesidades, pero puede servir como ilustración de cómo se pueden combinar recursos de la Web 2.0 en el campo de las adicciones.

La pregunta que nos hacemos llegados a este punto es: ¿se está haciendo algo en estos momentos? ¿Cuál puede ser la evolución de este tipo de recursos en el mundo de las adicciones? Intentaremos esbozar algunas respuestas, o al menos nuestras modestas ideas al respecto.

Situación actual de los recursos basados en Web 2.0 y posibilidades de futuro

Existen numerosas aplicaciones basadas en la tecnología Web 2.0 que ya se están llevando a cabo. Si empezamos nuestro recorrido por una herramienta tan extendida como Wikipedia vemos que en castellano ya tenemos entradas para los términos, «drogas» y «drogodependencia» que no necesariamente han sido editados por expertos. Son artículos elaborados y editados continuamente por varios autores a la vez y que se configuran como un repositorio de conocimientos al que cada vez acuden más profesionales y también usuarios.



La Wikipedia española según el suplemento del diario El País, Ciberpaís de 29 de junio de 2008 tiene aproximadamente 600 colaboradores muy activos y 4.000 más esporádicos que publican al día la friolera de 400 artículos, lo que configura un total

de 337.000 artículos en total y sitúa a la Wikipedia en español en noveno lugar del mundo (a mucha distancia del inglés) e incluso del polaco con 518000 artículos. Creemos que la Wikipedia, y en general todos los Wikis correctamente elaborados, pueden tener un gran efecto sobre los conocimientos que los internautas (muchos en franjas jóvenes de edad) pueden adquirir sobre distintas sustancias y sus efectos, y que de la misma manera puede ser fuente de consulta para profesionales.

Además de los Wikis, otra herramienta bien conocida en la Web 2.0 es el Blog. En lo relativo a blogs sobre adicciones sólo hay que hacer una búsqueda de blogs en «Google Blogs» para darnos cuenta de que hay miles de blogs, en los que o bien se hace referencia a drogas (tanto legales como ilegales) o que incluso están dirigidos, como el Blog «Yerbario» a público interesado en intercambiar consejos sobre cultivo de marihuana y sus aplicaciones y que permite que cualquier usuario cree su propio blog sobre marihuana.



http://yerbario.com/portada.php

En contraposición existen otro tipo de blogs, patrocinados o pertenecientes a instituciones públicas que permiten también la creación por parte de los usuarios de distintos blogs sobre el tema adicciones pero desde una perspectiva diametralmente opuesta. Valga como ejemplo el Blog de «lasdrogas.info» de la Generalitat Valenciana.

Como se puede ver la apropiación de las nuevas tecnologías ofrece un panorama en el que están presentes tanto los agentes sociales responsables de la promoción

de la salud y prevención de las drogodependencias como personas, que por una razón u otra, pretenden fomentar, desdramatizar, alentar, el consumo de determinadas sustancias con fines lúdicos, de mantenimiento de una actitud de rebeldía social, como reacción al sistema, etc. Exactamente igual que ocurre en «la realidad».



http://www.ieanet.com/index.php?op=Blogs

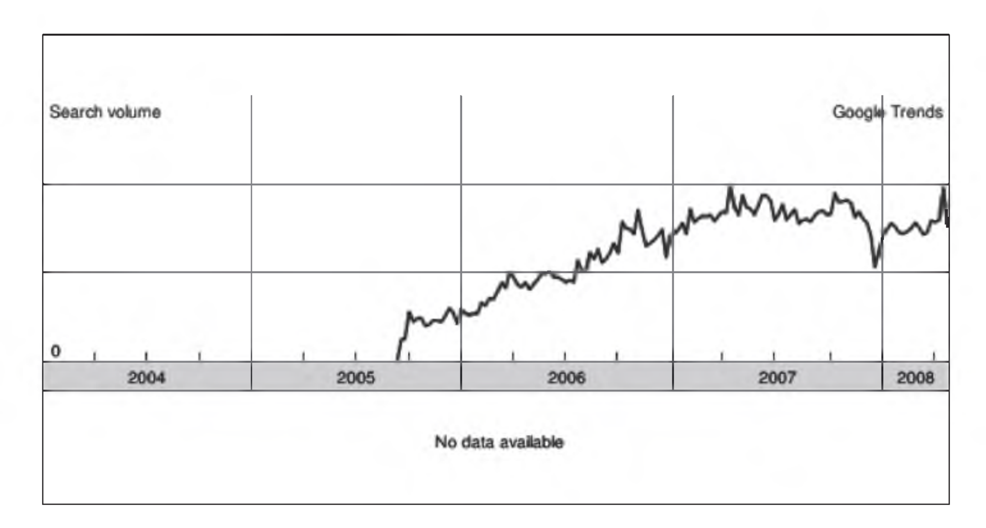
Entrando ahora a analizar otra de las herramientas de la Web 2.0 como los sistemas de compartir ficheros de video, cuyo mejor exponente es YouTube, vamos a ver como también se da el fenómeno de las «posiciones opuestas» y puntos de vista opuestos en lo relativo al consumo de algunas sustancias (básicamente drogas legales y cannabis). En un reciente artículo Freeman (2007) señala que haciendo una búsqueda en Youtube sobre tabaco y categorizando los resultados como videos «a favor» y «en contra» del tabaco, se pueden encontrar más videos «pro-tabaco» que «anti-tabaco» aunque estos últimos son más visionados, debido a que en muchos casos tienen un contenido humorístico como el famoso vídeo en el que se ven varios fumadores en un balcón y al ir a salir otra persona se produce un pequeño incidente (http://www.youtube.com/watch?v=pj8xLfgkftw). El autor refiere que no es baladí el esfuerzo de la industria tabacalera por explotar tecnologías que saben que son de uso cotidiano entre su público diana que las utilizan «con la guardia baja» y en el que puede ofrecer videos en los que se ridiculiza el riesgo que implica fumar y se refleja el «glamour» del tabaco.

No, no es descabellado pensar que la industria tabacalera pueda considerar algunas de las herramientas de la Web 2.0 como una manera idónea para lanzar sus mensajes, obviamente «pro-tabaco» en un contexto muy frecuentado por jóvenes, ante lo cual existe otro tipo de movimiento «anti-tabaco» que incluso desarrolla sus propios canales temáticos dentro de YouTube como por ejemplo el canal «Tobbaco Free Florida» con un contenido netamente a favor de preservar la salud de los no fumadores.

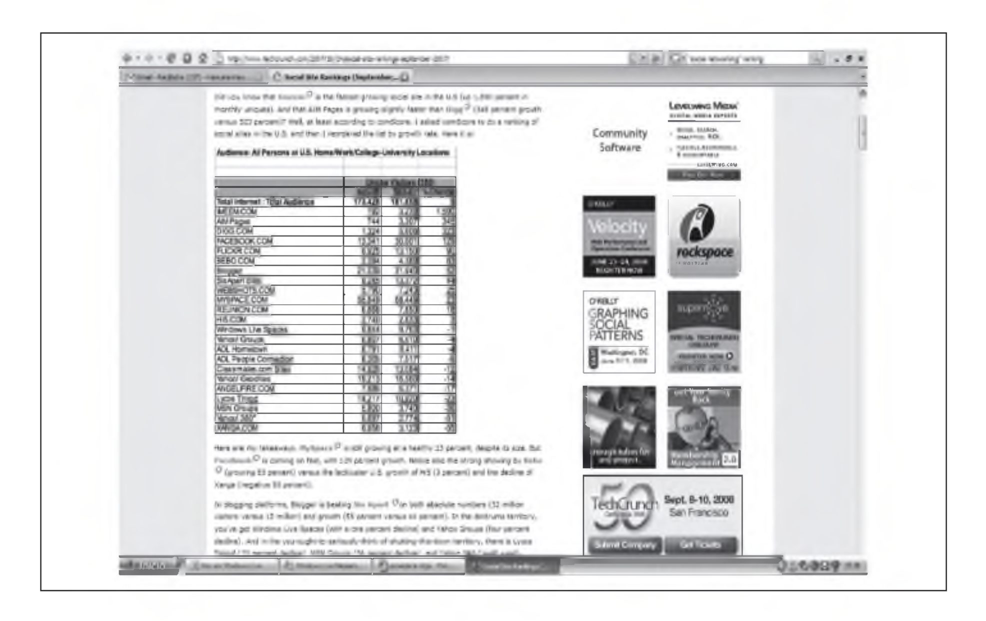


Cabe destacar como desarrollo de la Web 2.0 que en páginas como YouTube ya existen canales en los que además del simple visionado de videos se puede ver como estos están agrupados por categorías, se enlazan blogs, se pueden hacer comentarios, compartir los videos, darse de alta en el grupo de interés, etc., con lo que la «distancia» entre herramientas tan potentes como YouTube y otro tipo de redes sociales tan conocidas como MySpace o Facebook va disminuyendo progresivamente tendiéndose hacia una «unificación» que para el usuario puede ser muy interesante.

Quizás como fruto de este tipo de iniciativas está produciéndose un aumento del número de búsquedas que los usuarios realizan sobre servicios Web 2.0 en Google tanto en lo relativo a aplicaciones como en lo concerniente a desarrollo de nuevos servicios. Como podemos ver en la captura de pantalla de la herramienta «Google Trends» (20-5-2008) va aumentando el número de búsquedas que los usuarios realizan sobre aplicaciones web 2.0.



En este contexto y volviendo al tema sanitario y concretamente al del trabajo en adicciones, creemos que pese a que en nuestro país el uso de plataformas virtuales sanitarias no está tan extendido como en países anglosajones se puede estar produciendo el fenómeno de que muchos de los usuarios de plataformas sociales como MySpace o Facebook pueden estar migrando a este tipo de plataformas «temáticas» y por tanto más personalizadas. De hecho datos de la empresa de estudios de audiencia americana Media Metrix parecen indicar que se está produciendo un trasvase entre usuarios de las «listas de correo» y «grupos» clásicos de la Web 1.0 hacia aplicaciones como Facebook, MySpace o Digg que incorporan gran parte de los servicios que hemos comentado cuando referíamos las plataformas virtuales de salud, pero que aún pueden resultar demasiado «generales» para usuarios interesados en información sanitaria y más concretamente en adicciones. Este dato se extrae de la información contenida en la imagen siguiente en la que podemos ver cómo disminuye el número de usuarios en aplicaciones como Yahoo Groups o MSN Groups y aumenta en aplicaciones como Bebo, Facebook o MySpace entre otros.



Los analistas coinciden en que el público requiere cada vez más especialización y personalización de su información, lo que favorece que dentro de plataformas sociales «generalistas» como Facebook los usuarios pueden ir creando grupos de intereses específicos. Así por ejemplo, y para tomar un caso en lengua española, vemos cómo un grupo de usuarios de la plataforma social «Sonico» www.sonico.com, ha creado un «Grupo» denominado: «Asociación Libres del Alcohol Castulo», en el que comparten información e inquietudes respecto al consumo de alcohol sin la intervención, al menos manifiesta, de profesionales.



De la misma manera y para ejemplificar otro tipo de uso de este tipo de plataformas (al igual que ocurría cuando hablábamos de Blogs o de YouTube) hemos encontrado en Sonico (www.sonico.com) un grupo de personas con una visión mucho más «lúdica» del fenómeno del alcoholismo.



A la vista de los datos de cómo usuarios de la web 1.0 van migrando hacia aplicaciones de la Web 2.0 como las Plataformas Sociales y cómo éstas se están especializando en, por ejemplo Plataformas Virtuales Sanitarias; aunque las hay casi de cualquier temática que queramos buscar, creemos que serían interesantes acciones para incorporar en el trabajo tanto a nivel preventivo como de intervención este tipo de plataformas.

Otro tipo de aplicaciones Web 2.0 como los mundos virtuales van a tener un crecimiento similar en lo relativo al número de recursos, en el caso de «Second Life» ya se pueden encontrar «islas» (podríamos considerarlas equivalentes a websites) relacionadas con adicciones. En estos momentos en Second Life hay comunidades de usuarios dedicadas a hablar de los beneficios del cultivo y consumo de cannabis, en el que con ejemplos, videos, archivos sonoros, links a páginas web, etc. se puede «aprender» mucho sobre distintos tipos de sustancias.



También existen en Second Life islas y grupos en las que se reúnen adictos a: cafeína, sexo, cocaína, y en las que se produce un intercambio constante de consejos e información para superar la adicción. Pero de manera complementaria existen también «comunidades terapéuticas virtuales» destinadas al tratamiento de los adictos e incluso centros hospitalarios virtuales en los que las personas se pueden someter a distinto tipo de revisiones y recibir consejo, que en algunos casos es estrictamente virtual y en otros es una vía para acceder a servicios presenciales.



Como podemos ver en la descripción de la «isla» ésta no difiere demasiado del tipo de estructura y funcionamiento de las comunidades terapéuticas presenciales. En Second Life este tipo de servicios son ya una realidad y como suele suceder los investigadores nos quedamos atrás a la hora de analizar aspectos como la calidad de los servicios, la eficacia y eficiencia y en definitiva en disponer de información para aconsejar, con datos sobre la mesa, a los ciudadanos que puedan precisar orientación, por lo que se precisan de sistemas innovadores para recabar datos sobre este tipo de servicios puesto que si se sigue el método científico de realización y publicación de resultados es más que probable que cuando lleguemos con nuestros resultados las conclusiones no se puedan aplicar a la realidad de ese momento.

Conclusión

Nuestra visión respecto a cómo evoluciona la salud, y concretamente el mundo de las adicciones coincide con algunas de las ideas apuntadas por el Web3D Consortium que reproducimos a continuación

Evolution towards 3D
Another possible path for Web 3.0 is towards the 3 dimensional vision championed by the Web3D Consortium. This would involve the Web transforming into a series of 3D spaces, taking the concept realised by Second Life further. [9] This could open up new ways to connect and collaborate using 3D shared spaces.[10]

Fuente: Wikipedia

Consideramos que se va a ir produciendo una «fusión» entre distintas aplicaciones de la Web 2.0 que junto a las posibilidades que ofrece la Web 3.0, básicamente las relativas a la web semántica en las que Internet nos parecerá «más inteligente» y mejor conocedor de nuestras necesidades, configurarán los próximos años. Así los «mundos virtuales» tal y como los podemos conocer ahora es más que probable que desaparezcan como «lugares a dónde ir» y se integren con lo que ahora conocemos como «websites» también con las «redes sociales» en las que hasta ahora un usuario se podía crear un perfil de la misma manera que en un mundo virtual se crea un avatar (la diferencia radica en que hasta ahora en las redes sociales el «perfil» no adquiría «forma humana en 3D» como sí ocurre en los mundos virtuales)

De acuerdo con la idea anterior creemos que las plataformas sociales que ahora conocemos, se irán fusionando o al menos el usuario no tendrá que registrase en una tras otra, sino que con un único «alias» o «avatar» como se denomina en «Second Life» podrá acceder a ellas tal y como ya ocurre en plataformas como YouTube

y Blogger a las que se puede acceder con el mismo identificador y contraseña. En este tipo de plataformas, con una estructura muy intuitiva se podrá «caminar» y «volar» al igual que ya se puede en los mundos virtuales que como hemos indicado acabarán fusionándose con el resto de las aplicaciones de la Web 2.0 más aún si cabe.

Así en el marco de un mundo virtual podremos: obtener información de Wikipedia sobre los efectos de la marihuana, visitar «islas» con información a favor y en contra de su consumo, organizar la información, participar, crear conocimiento a través de blogs y distintos wikis, formarnos de manera reglada, realizar congresos con presentaciones ppt como las que se han presentado en este seminario internacional, compartir la información con otros usuarios a través de redes sociales que estarán «embebidas» en un «mundo virtual» que cada vez será más difícil de separar del «real» y que deparará un debate intenso sobre lo «real y virtual».

De la misma manera y en caso necesario podremos seguir en esos mundos virtuales tratamientos basados en realidad virtual, realidad aumentada o en modelos más clásicos de intervención en drogas, conectados incluso y cuando el terapeuta lo considere oportuno con el uso de voz e imagen sincrónica con el profesional (en Second Life ya es posible la comunicación a través de imagen y voz).

Aventurándose algo más en la prospección del futuro de las nuevas tecnologías la consultora americana «Nova Spivack» cree que hasta el año 2020 la Web 3.0 será dominante y que después, allá por 2020 la Web 3.0 será sustituida por la Web 4.0 en la que la web será un gran sistema operativo que ofrecerá todo tipo de interacciones (Nafría 2007), algunas de las cuales no podemos aún ni imaginar.

Quizás esta realidad nos quede aún algo lejos, pero lo que no nos queda tan alejado es el hecho de que cada vez son más las personas que se incorporan a la red, que utilizan profusamente herramientas basadas en la Web 2.0, sean Blogs, Wikis, o Mundos Virtuales. Que de esas personas muchas miles pueden estar interesadas en el tema adicciones, o bien por padecerlas, o bien por dedicarse a su prevención y tratamiento, o quizás tan sólo por curiosidad. Sea como sea tenemos la obligación de dar respuesta a las demandas de los usuarios allí donde se encuentren y por los canales de comunicación más efectivos en cada caso.

Bibliografía

Armayones, M., & Hernández, E. (2007). *Las características psicológicas de los usuarios en la esalud: Nuevas oportunidades a través de la Web 3.0.* Revista eSalud.Com, 3(11) disponible on line: http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/165

Bandura, A., 1925. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales.* Barcelona: Martínez Roca.

Esquivel A, Meric-Bernstam F, & Bernstam EV. (2006). *Accuracy and self correction of information received from an internet breast cancer list: Content analysis.* British Medical Journal, 939-942.

Ferguson, T., & Frydman, G. (2004). T*he first generation of e-patients.* British Medical Journal, BMJ,328, 1148-1149.

Fox, S. (2002). *The online health care revolution: How the web helps americanos take better care of themselves.* The Pew internet and American Life Proyecto. http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Health_Report.pdf (fecha consulta 1/5/08)

Freeman, B; Chapman, S.(2007) *Is «YouTube» telling or selling you something? Tobacco content on the YouTube video-sharing website.* Tob. Control, Jun 2007; 16: 207 - 210. Disponible on line. Fecha de consulta 1/5/08 http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/full/16/3/207

Jadad A, Enkin, M., Glouberman, S., Groff, P., & Stern, A. (2006). Are virtual communities good for our health? *British Medical Journal,* 332, 925-926.

Jadad, A. R., Rizo, C., & Enkin, M. (2006). I am a good patient, believe it or not. *British Medical Journal,* 326, 1293-1295.

Murray, E., Burns, J., See Tai, S., Lay, R., & Nazareth, I. (2006). *Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas cono enfermedades crónicas.* La Biblioteca Cochrane Plus, 2. disponible on line. Fecha de consulta 1/4/08 http://www.update-software.com/AbstractsES/AB004274-ES.htm

Nafria,I (2007). Web 2.0 *El usuario Nuevo rey de Internet.* 2ª Edición. Barcelona: Editorial Anaya.

Observatorio Redes. (2007). *Estudio sobre actividades realizadas en internet.* disponible on-line: http://observatorio.red.es/media/2008-05/1211183862635.pdf. Fecha de consulta 1/5/08

Pew Internet & American Life Project Tracking. (2005). *Daily internet activities. the percentage of internet users who don en given activity on a 'typical day'.* Disponible on line. Fecha de consulta: 1/5/08. http://www.pewinternet.org/trends.asp

www.filsantejeunes.com: TELÉFONO E INTERNET AL SERVICIO DE LA RELACIÓN DE AYUDA A DISTANCIA

Quentin Dubois

Índice:

1. Presentación del dispositivo telefónico
2. Presentación de la página web
3. Filsantejeunes* en Habbo**
4. Conclusión: en relación a los drogodependientes

*__Fil Santé Jeunes__ es un servicio financiado por el Ministerio de Salud francés, principalmente a través del INPES, Instituto Nacional de Prevención y de Educación para la Salud (www.inpes.sante.fr)

Este servicio se ha delegado a la Escuela de Padres y Educadores Ile–de–France (París).

Fil santé Jeunes: teléfono 0800 235 236 (nuevo número: 3234)

**__Habbo__ es una página web colaboradora con la Escuela de Padres y Educadores Ile-de-France.

Los nuevos medios de comunicación están adaptados a los adolescentes, basta con observar con qué facilidad han sabido apropiarse de ellos. Además del teléfono móvil, gracias al cual se sienten conectados de forma casi permanente, se les han ofrecido otras modalidades de comunicación a través de Internet. Los correos electrónicos, los servicios de mensajería donde pueden hablar en número más reducido, como el Messenger, los diferentes foros y chats, las comunidades virtuales donde simulan una vida común, y más recientemente la explosión de los blogs, que se cuentan por millones, constituyen una multitud de medios para mostrarse y comunicarse a su antojo.

La relación de ayuda por teléfono se completa con la relación de ayuda por Internet con, entre otros medios de información o de prevención en materia de salud, los espacios de discusión, en particular los foros.

1. Presentación del dispositivo telefónico

El número de teléfono Fil Santé Jeunes (0800 235 236) está disponible entre las 8 de la mañana y las 12 de la noche todos los días del año.

Objetivos:
Fil Santé Jeunes recibió en 1995 un doble encargo por parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, hoy Ministerio de Solidaridad, Salud y Familia. Este doble encargo del dispositivo que Fil Santé Jeunes realiza bajo la cobertura del INPES (Instituto Nacional de Prevención y Educación para la Salud) y de la DGS (Dirección General de Salud) consiste en:

- proponer a los jóvenes un servicio telefónico anónimo y gratuito y una página web donde encuentran un interlocutor, información y orientación en los ámbitos de la salud física, psicológica y social;
- ser un «observatorio nacional» de las dificultades de los jóvenes en el tema de la salud.

Estas funciones fueron confiadas a la Escuela de Padres y Educadores Ile-de-France. Esta asociación declarada de utilidad pública es apolítica y aconfesional, y se enmarca en la ley de 1901.

Fil Santé Jeunes escucha a los adolescentes por teléfono y a través de Internet. En 2007 se atendieron 760 llamadas diarias y 123 consultas. Se recibieron 1.095.687 de visitas individuales y se consultaron 4.098.076 páginas.

34 profesionales de la salud escuchan y responden a los jóvenes.

Temas tratados en 2007
El reparto de temas es similar a través del teléfono y de Internet. Por teléfono se trata de lo siguiente:

42.6% sexualidad, anticoncepción

19.2% contenido relacional (relación entre iguales, con los padres, con los adultos…)

18.3% dificultades psicológicas (situaciones de malestar, trastornos de comportamiento alimenticio, fugas de casa, depresión, drogodependencias…)

12.8% contenido somático

7.1% temas sociales (problemas de alojamiento, laborales, asistencia social…).

Los que llaman:

El 70.8 % de los que llaman son chicas.

El 89.2 % son jóvenes.

El 52.9 % son menores. La edad media de las chicas es de 19,4 años, la de los chicos es de 19,5 años.

El 75.7 % están escolarizados.

El 71.7 % de quienes llaman declara llamar a Fil Santé Jeunes por primera vez.

Llaman de todo el territorio francés.

SKYPE

Fil Santé Jeunes (que va a cambiar de número al 3234) se ha dotado de SKYPE, un dispositivo de telefonía con voz por IP: desde la página web, los jóvenes pueden llamar al número de teléfono gratuitamente y hablar con un profesional. Es suficiente con tener un micrófono y sonido en su ordenador. Una nueva puerta se les abre para contactar con nosotros, más fácilmente y en su propio terreno, Internet.

2. Presentación de la página web

La misión principal de la página web es ser una fuente de información para los jóvenes en materia de salud.

Desde sus inicios en 2007 la página ha recibido 1.095.687 visitas, lo que supone 3001 visitas diarias. Se vieron 4.098.076 páginas, lo que supone 11.202 páginas diarias.

En el mes de mayo de 2008 la página recibió 103.708 visitas, realizadas por 80.579 visitantes.

La página web se estructura en 3 secciones:

– la «doc» (un dossier mensual compuesto por 6 ó 7 artículos relativos a la salud psíquica, física, jurídica, social…), actualidad, noticias breves.
– el buzón de consultas: los jóvenes plantean una pregunta confidencial a un profesional (médico o psicólogo) y reciben la respuesta de forma igualmente confidencial en su cuenta.
– el foro: espacio de intercambio entre jóvenes moderado por un miembro del equipo. Hay 5 foros disponibles.

Producción editorial:
Cada semana se cuelgan nuevos artículos bajo diversas formas (actualidad, noticias breves, informes…). Éstos completan y enriquecen la documentación, creando así un gran fondo documental en el que bucean los adolescentes (varias decenas de miles de visitas al año), según sus intereses y las dificultades que encuentran. Fil Santé Jeunes, en su tarea de educación para la salud, incrementa así sus medios para llegar al mayor número de adolescentes posible. Los temas de los informes mensuales de 2007 trataron ampliamente la prevención de la salud física, así como psicológica, en cuanto a la relación con el otro y con uno mismo, la relación con el cuerpo y, finalmente, la relación con las sustancias.

Mensajes de correo electrónico:
Se han procesado 3.017 correos electrónicos a través de la página web. Los correos son respuestas individuales redactadas para cada internauta.

El número de correos electrónicos recibidos cada mes varía entre 165 y 344.

Proporción de correos electrónicos por temas:

- Amor y sexualidad.................. 25,7%
- Malestar 25,4%
- Mi cuerpo 17,8%
- Anticoncepción 12,2%
- Embarazo.................................. 7,4%
- Dónde consultar 4,6%
- ETS... 4%
- Drogas 1,7%
- Denunciar................................. 1,2%

El foro:
La utilización de Internet y de sus foros no es exclusiva de los jóvenes, pero se hace eco de la necesidad adolescente de evasión, de sueños y de expresión. En este espacio, el joven se encuentra a la vez frente a sí mismo, persona joven que evoluciona, y con los otros, reales e imaginarios, a los que puede dar forma a su antojo y con los que se puede identificar, comparar o tener como referencia. Este contexto es percibido como seguro por los jóvenes, y puede así contribuir a la construcción de su identidad y a su socialización.

El foro se organiza en base a cinco temas: drogas, anticoncepción, amor y sexualidad, salud y, desde septiembre de 2004, «vivir con la enfermedad». Los foros tienen un gran éxito, con una participación desigual. Se dejaron 16.768 mensajes en el foro, lo que supone 46 mensajes diarios.

Éste es un lugar de apoyo entre iguales. Las aportaciones colgadas son leídas por miles de jóvenes cada día.

Proporción de mensajes por foro:

- Amor, sexualidad: 50,2%
- Salud: 27,1%
- Anticoncepción: 11,2%
- Drogas: 4,7%
- Vivir con la enfermedad: 6,8%

Creatividad en el discurso

El foro permite al joven internauta dirigirse a sus iguales y no directamente a adultos-profesionales de la salud, incluso aunque sabe que está bajo su mirada y control. Experimenta pues la libertad de emplear el discurso que le conviene, en ocasiones de manera incomprensible para el adulto.

Al foro estos jóvenes vienen en busca de consejo, de nuevas referencias, de compartir experiencias que les van a ayudar a «situarse» poco a poco en una norma, en relación a una edad...

Creatividad y apoyo entre iguales

Los adolescentes muestran su capacidad de cambio de discurso según a quién se dirigen y en qué circunstancias, tienen una labilidad emocional que pueden explotar en una relación de ayuda. Dan argumentos variados y chocantes, demuestran tener importantes recursos.

Disfrutan así de la libertad de desplegar una creatividad importante, combinada con una preocupación por el otro. Ésta queda ilustrada más por el apoyo y ayuda entre iguales que por las tendencias a la destructividad y a la negatividad, por medio de la atracción hacia los ataques del cuerpo, de las escarificaciones a las tentativas de suicidio, pasando por los problemas de comportamiento alimenticio o el consumo de tóxicos. ¿Hasta dónde permitir la libre expresión de fantasías, temores o deseos, sin limitar al mismo tiempo su búsqueda y su creatividad? ¿Cómo poder ayudar a quienes están enganchados a las pantallas, nueva forma de dependencia del otro?

Creatividad y relación con el adulto

El adulto observa lo que se dice en los foros y los jóvenes internautas lo saben. Los profesionales están ahí para velar por que ningún dato personal sea intercambiado en los mensajes. Los adolescentes intentan por todos los medios enviarse sus datos.

Creatividad y escenario

El foro parece ser un lugar privilegiado de expresión de fantasías. Temores y deseos inconscientes tienen la posibilidad de salir a escena bajo la forma que nosotros denominamos «guiones».

Creatividad «literaria»
Con una conducta quizás más narcisista, ciertos adolescentes utilizan el foro como un espacio de creación artística: pueden crear, mostrarse a través de poemas o textos «líricos» permaneciendo en el anonimato y teniendo acceso a la opinión de otros. La escritura es aquí útil de sublimación artística de un sufrimiento o una cólera muy fuertes. Los temas abordados son la mayoría de las veces morbosos: la muerte, el suicidio y, muy a menudo, la automutilación.

Cómo se modera filsantejeunes.com
Moderar el foro es una tarea compleja, ya que comprende una parte de individualidad (el joven que escribe), una parte colectiva (los miles de jóvenes que lo leerán), un posicionamiento en el tiempo que no permite actuar con urgencia, un marco legal (obligación de asistencia a la persona en peligro, prohibición de la incitación al consumo de estupefacientes, protección de los menores), la garantía del anonimato...

La moderación del foro se hace en diferido. Hay pues un tiempo de latencia entre el momento en que el joven cuelga su mensaje y el momento en que éste es validado (o no). No estamos en la lógica de la urgencia pero a veces un mensaje puede hacer reaccionar con urgencia. El foro no es un lugar de búsqueda de ayuda urgente. Así lo estipulan las normas. Para eso está el teléfono. Los jóvenes lo saben pero tal vez tienen la necesidad de «poner a prueba» a nuestro equipo de profesionales.

Intencionadamente ningún foro se titula «malestar o suicidio». Es en el foro de salud donde se cuelga este tipo de aportaciones. Las aportaciones más difíciles de moderar son las que expresan un profundo malestar puesto en escena de forma mórbida. Algunos adolescentes –poco numerosos– están imbuidos de una violencia odiosa y, en su caso, el foro puede resultar destructor. Se les detiene de su invasión y su contaminación.

Otros envían aportaciones más moderadas pero en las que resulta difícil distinguir una verdadera petición de ayuda de un anuncio teatralizado. El sufrimiento es real pero hay una confusión entre el lugar de discusión y el lugar de exhibición. El anuncio en sí mismo no incluye una petición de ayuda o de deseo de discusión, sino que lo cierra. Por el contrario, la amenaza puede llevar a intercambios sobre el malestar, las ideas de muerte y las emociones experimentadas.

El equipo está muy vigilante y debe tener siempre presente que, más alla del autor de un mensaje, miles de internautas más o menos frágiles van a ser testigos de los intercambios escritos en el foro. Éstos deben ser educativos y preventivos. Los jóvenes saben que participando en un foro hacen partícipe de sus sentimientos y de su experiencia a una comunidad. El moderador debe preservar la armonía y la seguridad de esta comunidad teniendo en cuenta el aspecto individual de la aportación y el impacto colectivo que tendrá.

3. Filsantejeunes en Habbo (www.habbo.fr)

Un nuevo lugar y una nueva práctica para Fil Santé Jeunes lo constituye HABBO, una sala de discusión o un grupo de charlas reservado a los adolescentes en Internet.

La comunidad virtual Habbo ofrece espacios de intercambio, un terreno que pertenece a los jóvenes y sobre el que los profesionales pueden encontrarlos sin que muestren ningún miedo y en una postura interesante, ya que ellos parecen estar agradecidos de la presencia de adultos en su lugar de encuentro. A juzgar por los testimonios en el libro de visitas que propone la web Habbo, por los «textamigos», una especie de SMS colgados por los adolescentes y por las conversaciones informales de acogida y de despedida de las sesiones, Fil Santé Jeunes es bien valorado.

Por primera vez en la historia de Fil Santé Jeunes, los profesionales al igual que los jóvenes, toman apariencia humanoide por medio de la creación de un «avatar» en el que cada uno se «encorpora». No se toma un cuerpo nuevo, sino que uno se da cuerpo, ya que éste está modelado por su usuario. En esta situación en la que uno se confronta con la visión del otro, se trata de representarse, con cierto parecido o no. El avatar tiene la función de mostrar algo de sí mismo, hecho que no es anodino.

Segundo «yo» extensible a los canales de Internet, «yo» virtualmente idealizado o burla provocativa de su apariencia, el avatar es un objeto que somos y que vemos al mismo tiempo, un instrumento interesante para los psicólogos.

No se trata simplemente de simular un acto con muñecos, sino de «ser» en el mundo, en otra parte. Los personajes son vividos realmente por los jóvenes, «encorporados» y «envividos», neologismos para nuevos fenómenos. Para los profesionales de la salud, moderadores de las discusiones, es necesario tenerlo en cuenta y dar vida a sus avatares, en sus gestos y en sus palabras, siguiendo una lógica de realidad.

En el marco de Fil Santé Jeunes, se va a tratar de instaurar un diálogo construido para favorecer la consideración de uno mismo, igual que con el teléfono y en la web (buzón de consultas, foro, artículos). Este autocuestionamiento tiene una intención preventiva y de educación para la salud. La prevención va así a organizarse en torno al reconocimiento de los signos del malestar, los problemas, signos patológicos... Pero en el intercambio también se puede dar la desdramatización, una ruptura del aislamiento, el consejo, el apoyo, el apuntalamiento, etc.

Todo esto es dirigido inicialmente por el avatar de Fil Santé Jeunes, pero también por los jóvenes entre ellos. En ocasiones se trata únicamente de dejar hacer las cosas: un joven expresa un problema, el resto se apropian del mismo, lo trabajan y devuelven un nuevo discurso, que no había sido expresado por el primero.

Por ejemplo: «tengo 15 años y soy fea, todo el mundo me rechaza, no me atrevo a hablar con nadie...». El resto subrayan que sin intentarlo no hay éxito, que todo el mundo tiene miedo de lanzarse, que la supuesta fealdad no tiene por qué serlo obligatoriamente, ni para sí ni para los demás, etc. Por primera vez, esta joven ha podido decir ante un grupo, ante sus iguales, que se ve fea y que sufre, y por primera vez los otros la apoyan en lugar de burlarse de ella como es habitual en los pasillos del colegio.

Fil santé jeunes organizó una charla sobre la alimentación. Los jóvenes internautas aceptan reflexionar sobre algunas cuestiones. Evocan los vínculos entre soledad, estrés, malestar, aburrimiento, carencias afectivas, etc, y el picoteo, las elecciones alimentarias, las crisis de bulimia, anorexia, la obesidad... Algunos hablan de su experiencia personal, de las de sus compañeros o hermanos y hermanas. Se menciona el papel de los medios de comunicación, de los mensajes de prevención, de la publicidad, con el fin de ayudarles a tomar perspectiva. Cada uno de ellos está interesado por el discurso del grupo, se crea una especie de dinámica que hace que el animador de la discusión esté en ocasiones obligado a reencuadrar los comportamientos y las cuestiones planteadas, cumpliendo una función de moderación.

Para transmitir las informaciones y los mensajes de prevención, es necesario permanecer atento a la demanda del adolescente en la página de Habbo al igual que al teléfono. Esto permite orientar el intercambio hacia cuestiones de fondo, pero siempre desde la perspectiva colectiva.

La adolescencia se expresa aquí de manera muy directa. Cuando las cuestiones personales son demasiado pesadas para expresarlas en grupo, algunos se levantan de su asiento y vienen a murmurar una pregunta al oído del Habbo Fil Santé Jeunes (ése es su nombre, aunque los jóvenes lo llaman a menudo «Fil» por ser un habbo masculino). Así, hablan sin que el resto les oiga. Esto puede ocurrir también ante el grupo, por ejemplo: «mi hermano se ha suicidado (...), he perdido a mi madre (...), tengo problemas de bulimia (...), me autolesiono (...) o tengo una pregunta que hacerte en privado, Fil...»

La regla es no entrar en las cuestiones de otra forma que no sea la colectiva. En estos casos el internauta es orientado hacia un espacio cerrado, confidencial, el buzón de consultas de la web www.filsantejeunes.com o el número de teléfono de Fil Santé Jeunes. Estos intercambios en gran grupo pueden jugar un papel de puente hacia la web, y más tarde hacia una consulta si es oportuno. Se hacen preguntas íntimas, lo que eventualmente puede llevar a una entrevista telefónica y luego a una consulta presencial. Un recorrido en la red de atención puede arrancar en una sala virtual, pasando por una página web con más cercanía, para llegar a un lugar de acogida física, llevando desde lo virtual a lo real...

4. Conclusión: en relación a los drogodependientes

Las personas que tienen problemas con las drogas aún no están lo suficientemente presentes en las solicitudes de ayuda.

De forma más general, en lo relativo a Internet, los drogodependientes tienen un medio totalmente nuevo para acceder a los cuidados, protegiéndose. Puesto que esta enfermedad tiene también que ver con la ley, Internet ofrece una protección, una distancia del mundo y un espacio de libre expresión del sufrimiento, del dolor, de las fantasías sin ponerse peligro. El aspecto gráfico y lúdico no deja insensibles a los consumidores de droga; el mundo virtual también es un universo paralelo al que pertenecer, igual que lo permiten las sustancias. Esta población es probablemente una buena población diana para un dispositivo de Internet. La clave consiste en suscitar su interés. Si el consumo es una huida de la realidad, Internet se le parece, pero puede ser utilizado positivamente. Paradójicamente, la distancia que ofrece la red a los toxicómanos es una herramienta excelente para acercarse a ellos y ofrecerles un intercambio, en confianza, de múltiples maneras... chats, foros, buzones de consulta, blogs, etc. Esta función de vínculo es un estímulo para reunir, crear grupos, relaciones, salir del aislamiento, sin vergüenza, sin confrontación directa, en un primer momento.

Internet acerca, no separa, facilita la pertenencia a una comunidad con vocación positiva; una vez democratizada en todos los medios, con toda seguridad la web será un poderoso aliado de los profesionales en su función de ayuda.

Bibliografía

Baudry, C., Michel, A. *Qu'est-ce que ça sent dans ta chambre*, éd., Paris, 2006, 1 vol.

Jehel, S., Frau-Meigs, D. *Les écrans de la violence, enjeux économiques et responsabilités sociales*, Economica.

Kerdellant C., Grésillon G. *Les Enfants puce: Comment Internet et les jeux vidéo fabriquent les adultes de demain.* Paris: Denoël, 2003, Coll. Impacts, 352 p.

Lardellier P. *Le pouce et la souris. Enquête sur la culture numérique des ados.* Paris: Fayard, 2006, coll. Documents, 229 p.

Preston, G., Sherry, K. *Internet et les enfants: les précautions à prendre,* Paris: CampusPress, 2000, coll. Comment faire…, 264 p.

Stora, M.. *Guérir par le virtuel : une nouvelle approche Thérapeutique*. Presses de la Renaissance, 2005 *Les Images tuent l'imaginaire,* Hachette Littératures, 2007 *Les écrans ça rend accro, ça reste à prouver*… Hachette, 2008

Tisseron S., Canuel B. *Manuel à l'usage des parents dont les enfants regardent trop la télévision.* Paris : Bayard, 2004, coll. La vie de famille, 149 p.

Tisseron S., Missonnier S. Stora Michaël *L'enfant au risque du virtuel*. Paris: Dunod, 2006, coll. Inconscient et Culture, 200 p.

5. APLICACIONES DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS AL TRATAMIENTO DE ADICCIONES

TRATAMIENTO A DISTANCIA DEL TABAQUISMO EN LA SOCIEDAD RED

Antoni Baena García

Resumen:

La mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar. Un porcentaje importante de ellos lo intentan sin ningún tipo de ayuda profesional lo que en muchas ocasiones conlleva un elevado número de recaídas. Una de las principales razones de estos intentos sin tratamiento es la frecuente falta de accesibilidad a los mismos y en muchos casos no suficiente formación y conocimiento de los profesionales de la salud de los tratamientos eficaces para dejar de fumar.

El avance de las nuevas tecnologías ha proporcionado un aumento en la investigación y creación de programas a distancia de tratamiento del tabaquismo, mostrándose eficaces tanto los programas por teléfono como las páginas de Internet que ofrecen ayuda para dejar de fumar. Otras tecnologías están siendo validadas en esta línea como son los mensajes de texto de los teléfonos móviles, los blogs o páginas web personales de opinión y, más actualmente, todo lo referente a la web 2.0. El presente artículo muestra una revisión de estas nuevas formas de comunicación entre terapeuta y paciente, únicas de alcance realmente poblacional por su accesibilidad y flexibilidad.

Palabras Clave: tabaquismo, teletratamiento, e-Psicología, adicción, comunicación, quitline.

Información adicional: documento parcialmente basado en el documento «Diseño y Evaluación de un Programa de Tratamiento del Tabaquismo a Distancia. Criterios de Calidad ISO 9001: 2000» defendido ante tribunal el 5 de mayo de 2008 en la Universitat Ramon Llull como parte del Programa de Doctorado en Investigación psicológica.

El tabaquismo como problema de salud pública

El 21 de Mayo de 2003, 171 países miembros de la OMS-WHO, firmaron el Convenio Marco para el Control del Tabaco, un tratado internacional de mínimos necesarios para proteger el derecho a la salud de la población mediante el desarrollo de dife-

rentes políticas que se han demostrado eficaces en la lucha contra el tabaco. Entre las políticas de control que se recomendaron están: el incremento del precio del tabaco por medio de los impuestos, la información a los consumidores sobre los riesgos del consumo, la prohibición de la publicidad, la promoción de espacios públicos libres de humo, la financiación de programas de prevención y tratamiento de la dependencia[1] al tabaco y las advertencias sanitarias sobre los efectos del consumo de tabaco en los paquetes de cigarrillos.

En cuanto al consumo, en España se evidencia un claro declive, especialmente entre los hombres que han pasado de una prevalencia de consumo en 1987 del 55% al 32,16% actual. En cambio entre las mujeres dicho declive no es tan significativo y puede que incluso no sea totalmente real ya que si realizamos un análisis por grupos de edades y no únicamente por género, por primera vez en nuestro país las mujeres jóvenes (entre 16 y 24 años) fuman más que los hombres de la misma edad (Instituto Nacional de Estadística, 2006). Por lo que el tabaquismo es una epidemia y como tal requiere abordajes que alcancen al máximo de personas y es aquí donde las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) tienen un papel predominante.

Las TIC

Las TIC son el producto del conjunto de avances tecnológicos que nos proporcionan la informática, las telecomunicaciones y las tecnologías audiovisuales. Es decir, lo novedoso es que esta forma de comunicarse aparece generada por la convergencia de las telecomunicaciones, la informática y la industria de contenidos en una única plataforma que permite una experiencia globalizada, multidimensional.

Es importante no confundir lo que son las TIC con el uso derivado que de éstas se hace. Por ejemplo, el *e-mail* no es un servicio de salud sino un medio por el que se puede ofrecer un servicio de seguimiento de salud.

Pero lo que diferencia la comunicación actual por medio de las TIC y la anterior está muy estrechamente relacionado con sus características fundamentales y definitorias. Entre ellas están:

- Horizontalidad: posibilidad de contactar con muchas personas a la vez o con una persona en concreto sin tener que pasar filtros.
- Bidireccionalidad: la comunicación siempre puede ir en las dos direcciones.

1. La dependencia al tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICE-10) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR).

- Información vs. Formación: la formación es posible, aparte de la simple consulta de información de interés.
- Sincronía - Asincronía: el emisor y el receptor pueden coincidir en el tiempo (Chat) o no (*e-mail*).
- Sencillo y barato: se puede enviar un documento a muchas personas por el coste de una.
- *Learning by doing:* diferentes servicios permiten que aprendas por medio de la práctica directa.
- Permite una formación sin fin: el cabal de información es casi infinito.

El nacimiento de la sociedad red

El término sociedad red hace referencia a la estructura social resultante de la interacción entre organización social, cambio social y el paradigma tecnológico existente en torno a las TIC (Castells, 2004).

En cualquier cultura la información siempre ha gozado de un importante protagonismo, influencia y control de los que la poseen sobre quienes carecen de ella. La diferencia con situaciones anteriores es que actualmente esa información se ha globalizado.

Nunca antes la tecnología nos había permitido acceder a tanta información y menos aún, nos permitía almacenar este caudal de datos de la forma en que hoy lo podemos hacer gracias a las TIC. Pero la pregunta que se nos plantea principalmente es si este potencial se está utilizando en beneficio de la cultura, la calidad de vida, la democratización, la universalización de la atención sanitaria o la incorporación del ciudadano en las decisiones políticas y/o sanitarias. Por ahora no tenemos datos suficientes para responder a estas preguntas con total seguridad, aunque el escenario es prometedor y con este trabajo pretendemos aportar algo de luz a este campo de investigación.

Nuestra postura coincide con Katz, Rice y Acord (2006) al ser lo que ellos denominan «sintópica», es decir, rechaza el punto de vista utópico y el anti-utópico de los usos y las consecuencias sociales de las TIC y pone su énfasis en el modo en que las personas usan y reinventan la tecnología.

La comunidad hace tiempo que se liberó de la geografía gracias a las TIC y especialmente a Internet, ya que la red puede servir tanto para reconectar a las personas a las comunidades locales como para liberarlas de ellas. Es lo que algunos autores han denominado como la reducción de la fricción del espacio (Hampton, 2006). Si

a esto le combinamos una población heterogénea y muy numerosa que accede y utiliza las TIC, lo que resulta en una gran capacidad potencial para la creación de relaciones que anteriormente eran imposibles. Siendo aún más personal y deslocalizada esta posible relación si se utilizan aparatos móviles que crean esferas privadas de interacción móvil, que multiplican exponencialmente las posibilidades de comunicación, que en esta sociedad digital se potencia en la distancia.

Pero si la sociedad red se ha liberado de la geografía, ha sido capaz de hacer lo mismo con el tiempo para alcanzar una simultaneidad permanente. Nos estamos convirtiendo en constructores de un presente continuo, un ir rápido, más rápido aún, porque podemos ver, escuchar y opinar en el tiempo mismo en el que suceden los acontecimientos. Estamos ante la posibilidad tecnológica de practicar simultaneidad sin continuidad; es el tiempo atemporal donde no existe el futuro, estamos en un presente constante. Es la llamada «perspectiva del tiempo real[2]»o la «contemporaneidad del mundo contemporáneo» de Vattimo. Por primera vez la historia se está desarrollando en tiempo único, el tiempo mundial (Shapiro, 2001).

La psicología en la sociedad red

Como era lógico la psicología como disciplina práctica no podía dejar de estar influenciada y de influenciar a su vez a las TIC. Algunas de las tecnologías utilizadas por la psicología clínica desde hace años han sido los ordenadores personales, las agendas PDA, el teléfono, el teléfono móvil, Internet, la realidad virtual, la realidad aumentada, el video y la televisión. Aunque, lógicamente, es el ordenador el que está siendo más utilizado junto con el teléfono, ya que es la tecnología con mayores posibilidades de integración de elementos.

En cuanto a los programas aplicados hasta el momento, la inmensa mayoría de ellos están basados en la terapia cognitivo conductual ya que es una terapia estructurada y que presenta protocolos de procedimiento delimitados y más fácilmente evaluables.

Por lo que diferentes experiencias han demostrado que las TIC, especialmente la red, pueden facultar a los individuos a controlar su propia salud y no únicamente a adquirir información. Esto gracias a que las TIC posibilitan y facilitan considerablemente el acceso al máximo de personas, especialmente a aquellas que tienen dificultades de movilidad; la superación de las barreras idiomáticas o culturales; la asistencia desde la propia casa o trabajo para aquellas personas con dificultades horarias, de desplazamiento o cargas familiares o, por el contrario, favorecen el seguimiento de terapias en aquellas personas con elevada movilidad… pero también aquellas personas que requieren una intervención «ahora mismo» (*«Right Now»*) y «sólo para mí» (*«Right for me»*).

2. Hace referencia a la capacidad de comunicar o estar informados de cualquier acontecimiento mundial en el mismo momento en el que se está desarrollando.

El hecho de que las intervenciones online no superen en eficacia a las presenciales, como los estudios actuales apuntan, no nos tiene que desanimar ya que no es el objetivo buscado, es más creemos que corrobora la idea que las TIC nos ofrecen un nuevo escenario para intervenir y no una nueva forma de intervención en sentido estricto.

Este nuevo escenario obliga a los responsables de los diferentes códigos éticos de intervención profesional de las ciencias de la salud a buscar nuevas regulaciones para adaptar lo existente a las características definitorias de las TIC. Sobre todo teniendo en cuenta el posible anonimato o suplantación del paciente, la ausencia de comunicación verbal y gestual directa y la gestión diferencial del tiempo (sincrónico o asincrónico).

La e-Psicología o telepsicología

La e-Psicología o Telepsicología es un área que pertenece al campo de la e-salud o telesalud, término que se define como «la provisión de salud a distancia». La principal característica de estos sistemas de e-salud es la distancia que existe entre el usuario y el terapeuta y la superación de la misma mediante las TIC, aunque a veces no es tanto una distancia física como una incompatibilidad horaria la que hace útil este modelo de intervención.

La e-Psicología es por tanto de utilidad en la consulta simple, en el seguimiento de casos, en la circulación de material de soporte y de autoayuda, en las bases de datos de profesionales o de centros de atención, etc. La posibilidad de ofrecer texto e imágenes –también en movimiento–, enriquece la relación asistencial y puede utilizarse como medio para explicar experiencias de otros pacientes tratados con éxito, historias de superación que aumenten la autoestima y autoconfianza y generen actitudes positivas.

Otra ventaja, que ya hemos comentado anteriormente, es que con la utilización de las TIC el paciente puede acceder a la información o a su tratamiento personalizado en el momento en que lo decida, ya que no es necesaria la presencia física del especialista cuando aparece la necesidad o la motivación Este acceso inmediato es especialmente importante en el tratamiento del tabaquismo. Puede aumentar la frecuencia de contactos con su terapeuta o hacer consultas a otros profesionales. Un terapeuta no visible en algunas situaciones puede favorecer la confidencialidad y la autorrevelación del paciente al profesional, lo que no quiere decir que el psicólogo o psicóloga que trabaja en línea no tenga que estar claramente identificado para evitar intrusismos o malas prácticas.

Tratamiento a distancia del tabaquismo

Diferentes multianálisis han demostrado ampliamente que el consejo telefónico proactivo es una intervención eficiente y eficaz para dejar de fumar (Fiore et al.,

2008; Stead, Perera y Lancaster, 2006). Aunque los servicios web aún se encuentran en fase de valoración los incluiremos en este análisis por su importancia y continua generalización de uso.

Tratamiento telefónico del tabaquismo

Los tratamientos telefónicos del tabaquismo, a los que denominaremos Quitline (QL) son programas basados en la utilización del teléfono (principalmente, aunque también se puede incluir la web en este concepto) para ayudar a los fumadores a dejar el tabaco. Estos servicios son una parte integral de los programas de control del tabaquismo de muchos países, especialmente en Norte América (Cummins et al., 2007) donde fueron pioneros en este campo.

La adopción de las QL ha sido debida sobre todo a un primer momento en el que se ha evidenciado experimentalmente su eficacia, y a un segundo proceso en el que se ha podido valorar su buena relación coste-eficiencia y su importante papel central en los programas globales de control del tabaquismo, especialmente por su capacidad de acceso a la población (Stead et al., 2006).

Lo primero que hay que diferenciar en un servicio de este tipo es si su intervención es proactiva o reactiva (Baena y Quesada, 2007). En otras palabras, si son los terapeutas del servicio los que realizan las llamadas de seguimiento o son los propios fumadores los que llaman en los momentos que consideran oportuno, si hay anonimato y si hay seguimiento. Cuanto más completa sea la intervención más proactiva será. Esta diferencia es de vital importancia ya que sólo es posible valorar en profundidad los servicios proactivos ya que son los únicos que recogen la información necesaria para realizar el seguimiento y, así, evaluar la eficacia de diferentes tipos de intervenciones: con o sin TSN, con o sin protocolos específicos para grupos especiales, diferente número de sesiones, diferente duración de las sesiones, etc.

En un reciente estudio se ha evidenciado que las llamadas de seguimiento múltiples mejoran la cesación a largo plazo para los fumadores y fumadoras que contactan con una QL. Por lo que ofrecer más llamadas de seguimiento, es decir, aumentar la intensidad del seguimiento también mejora el éxito a largo plazo, como sucede en el tratamiento presencial del tabaquismo (Stead et al., 2006). Lo que no se ha podido valorar suficientemente es de qué forma afecta el tipo de consejo o el tipo de material de autoayuda que se proporciona a los fumadores de la QL (Stead et al., 2006). Este estudio se complementa con otro (McAlister, Rabius, Geiger, Glynn, Huang y Todd, 2004) en el que se valoró cómo afectaba la frecuencia y duración del consejo telefónico con la finalidad de mejorar su ya conocido coste-eficacia. Al comparar dos protocolos de intervención en la American Cancer Society se demostró, primero, que su servicio de QL era superior a su servicio de material autoadministrado. Y segundo, que los dos protocolos de QL, uno más intensivo que otro, obtenían los mismos resultados. Seguramente, según afirman los autores de dicho

estudio, porque presentan las mismas características básicas, por lo que la American Cancer Society ha dejado de utilizar dos protocolos para utilizar el de cinco sesiones abreviado (McAlister et al., 2004).

Otros autores han estudiado la posibilidad de utilizar dos protocolos diferenciales según las características de los fumadores, uno breve y otro intensivo, basándose en la bibliografía sobre las variables involucradas en las recaídas como son: nivel de adicción, motivación, etc. (Anderson y Zhu, 2007). También se han encontrado útiles los protocolos específicos, de hecho se están utilizando ampliamente, para mujeres embarazadas, consumidores de tabaco sin humo (*snuff* o *snus*), jóvenes (12-17 años), enfermos mentales y poblaciones étnicas (Cummins et al., 2007).

Teniendo en cuenta la diversidad de propuestas y la novedad de las mismas no podemos hablar aún de protocolos mínimos estandarizados pero sí podemos decir que la media de sesiones de una intervención QL es de unas cinco (Cummins et al., 2007). La utilización o no de farmacología, especialmente la TSN por no requerir receta médica, ha sido y es muy ampliamente utilizada por las QL ya que múltiples estudios han demostrado que ofrecer TSN gratuitamente junto con el consejo telefónico alcanza niveles de éxito más altos que ambos por separado (10% de éxito para una intervención breve sin TSN en comparación con un 24% para una intervención intensiva con TSN).

A su vez gracias a su carácter casi anónimo, los servicios telefónicos pueden ayudar a aquellas personas que no se encuentran cómodas en los grupos terapéuticos. Diferentes estudios han demostrado que los fumadores prefieren usar este tipo de servicios que los presenciales (Zhu et al., 2000).

Otra de las características definitorias de los servicios QL es que dependen en gran medida de la publicidad. No en vano en un estudio por publicar el Dr. Robert West ha encontrado que sólo el 1% de los fumadores de UK utilizan los servicios de una QL, cuando la eficacia de estos servicios son comparables a los de cualquier otro servicio presencial disponible en el Reino Unido. Paralelamente en Washington y Nueva York respectivamente, se han llevado a cabo dos experiencias pioneras que han consistido en no publicitar el servicio de QL por medios tradicionales, sino directamente llamar a los fumadores para ofrecerles la posibilidad de recibir ayuda para dejar de fumar. En ambos estudios se ha visto que este tipo de campañas más «agresivas» son muy efectivas y bien recibidas por la población estudiada (el 92% de los fumadores que fueron llamados valoraron este «marketing directo» como aceptable), lo que abre un nuevo camino muy innovador y prometedor para la captación de fumadores hacia las QL.

Por otra parte, se ha argumentado que sería interesante utilizar alguna validación biomédica de la abstinencia ya que normalmente se utiliza el autoinforme de la

abstinencia. En un estudio de validación de este tipo se encontró que la diferencia entre un grupo presencial y un grupo a distancia entre la autoverbalización y la validación con biomarcadores no diferencian considerablemente, por lo que se puede mantener dicha metodología sin miedo a una diferencia significativa entre presencial y a distancia.

Dejar de fumar por SMS

La mayoría de los fumadores empiezan a fumar a edades muy tempranas. En estos fumadores jóvenes ya aparecen signos de tolerancia y abstinencia y, a pesar de lo que antes se pensaba, motivación para dejar de fumar. Sin embargo la investigación en programas de tratamiento de tabaquismo específicos para jóvenes es aún escasa y no se han encontrado resultados satisfactorios a largo plazo en la aplicación de tratamientos convencionales. Se plantea por tanto necesidad de nuevas formas de intervención más efectivas para este colectivo.

En los últimos años, los mensajes de texto a través del teléfono móvil han tenido una gran aceptación entre la población más joven. El uso frecuente de estos mensajes ha llegado incluso hasta la creación de un lenguaje adaptado a este medio creándose una nueva forma de comunicación en función de la capacidad permitida de los mensajes. Por esta razón algunas investigaciones comienzan a plantearse el adaptar mensajes educativos significativos para dejar de fumar al lenguaje propio de los mensajes de texto del teléfono móvil.

Uno de los estudios más amplios en este sentido ha sido el que se ha llevado a cabo en Nueva Zelanda con 1.705 fumadores con edades comprendidas entre 16 y 30 años. Es un estudio randomizado en el que se asignaban a los participantes o bien a un grupo de intervención en el que recibían mensajes de texto personalizados con consejo para dejar de fumar, apoyo y distracción o a un grupo control en el que sólo se les mandaba mensajes de agradecimiento cada dos semanas por estar en el programa. En el grupo de intervención se observó un 28% de abstinencias a las seis semanas en comparación con el 13% del grupo control siendo la diferencia estadísticamente significativa.

El uso del teléfono móvil como medio para dejar de fumar en jóvenes se presenta por tanto como una intervención prometedora que necesita de una mayor investigación sobre su eficacia respecto a los efectos a largo plazo.

Tratamiento web del tabaquismo

Las páginas web de tratamiento del tabaquismo se encuentran actualmente en plena expansión por eso hay diferentes iniciativas dirigidas a la evaluación de esta modalidad de tratamiento para ver si también es eficaz para ayudar a dejar de fumar como lo es el teléfono.

Una de las iniciativas más importantes en este campo es la red WATI (Web Assisted Tobacco Intervention) y la European Network of Quitlines (ENQ). Ambas redes están actualmente estudiando qué es lo que necesita una web de tratamiento del tabaquismo para ser eficaz. Algunas de sus conclusiones son que si bien ya hay una revisión Cochrane sobre la utilización del ordenador para ayudar a dejar de fumar, no hay una revisión sobre la utilización de webs. Pero en un estudio aún por publicar se repasaron doce diferentes estudios randomizados y se encontró o un pequeño efecto o ninguno sobre los fumadores, por lo que es importante hacer una valoración más ajustada ya que la variabilidad en este campo provoca unos resultados difícilmente interpretables.

Características de una web para dejar de fumar

La ENQ hace un par de años reunió a un grupo de expertos con la finalidad de analizar las características que una web de tratamiento para dejar de fumar debe cumplir. El resultado de dicho grupo es el documento *Guidelines to Best Practice for Smoking Cessation Websites (por publicar)* en el que se define una web para dejar de fumar como aquella web que incluye:

- Información para dejar de fumar.
- Funciones automáticas interactivas, como tests o programas personalizados para dejar de fumar.
- Funciones interactivas online como foros de discusión, *blogs* personales o contactos con profesionales.
- Combinación con otros servicios para dejar de fumar, como por ejemplo QL.
- Sus recomendaciones deben tener una base científica sólida.
- Cumplir con los códigos éticos correspondientes.
- Debe proteger al máximo la información recogida y el acceso a la misma.
- Debe promover el abandono del tabaco como objetivo principal.
- Informar sobre los diferentes recursos del sistema público.
- Detalles de contacto.
- Información sobre las fuentes de financiación de la misma.

Para facilitar que el visitante de una web esté seguro que la información que está recibiendo cumple los criterios mínimos de calidad, para todas las webs de

salud se han iniciado diferentes proyectos y códigos deontológicos. Principalmente el de Health on The Net, el del Colegio de Médicos de Barcelona o el del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya (Baena, Obando, Monterde, Costa y López, 2007).

La última propuesta consiste en generalizar el uso de la terminación health. El problema es regular a quién se le proporciona dicha terminación por lo que la propuesta aún está en revisión.

La Web 2.0

Escribir algo sobre las TIC actualmente y no incluir una referencia a la Web 2.0 sería incumplir uno de los requisitos de las mismas: el presente continuo, el acceso directo a la información a medida que se está creando, ya no tiene sentido decir que una página web está en construcción o que es una versión beta ya que todas lo son por definición.

Y la última «actualización» la encontramos en la denominada Web 2.0 en la que las TIC otorgan, especialmente Internet, una importancia renovada a lo social, a la expresión entre iguales y, por qué no, entre diferentes, reconociendo el valor que el individuo como creador de contenidos tiene.

Son las nuevas redes sociales como los wikis, blogs, podcast, videocast, agregadores RSS, etc., los que gracias al trabajo colaborativo de los internautas «crean» conocimiento, un conocimiento en constante evolución y corrección. Lo que, según algunos autores, hace que la calidad de dicha información se mantenga dentro de unos márgenes más que aceptables.

Lo que nos gustaría transmitir es que si bien este tipo de tecnología y entorno convierte a cualquiera en redactor de contenidos, también puede ser utilizado por colectivos de profesionales cerrados que aprovecharan el gran componente colaborativo de estas herramientas y el hecho de formar un grupo de expertos. Es decir, no necesariamente Web 2.0 debería significar la participación libre de cualquiera si el objetivo es otro. En otras palabras, debemos adaptar la tecnología a las personas y a sus fines, en nuestro caso a los profesionales de la salud, y no las personas a las posibilidades tecnológicas. En ejemplos sería por ejemplo utilizar un blog o un wiki de gestión interno para un grupo de investigación para una vez generado el conocimiento, siempre en beta por favor, pueda ser puesto a disposición libremente de la población incluso por medio de herramientas de web 1.0 como la web de un hospital público. Todo un reto para el que debemos estar preparados ya que es imparable y los profesionales de la salud debemos, cuando menos, acompañarlo como garantes de la máxima calidad en la información sobre salud. No se puede mirar a otro lado.

Conclusiones

1. España se encuentra en la Fase 3 de la epidemia tabáquica, lo que quiere decir que el consumo actual entre las mujeres aún se encuentra en aumento ya que no ha alcanzado el límite máximo posible. En cambio entre los hombres se invierte dicha tendencia, especialmente porque la mayoría de campañas de abandono del tabaco se han dirigido hacia ellos. Así pues, estamos ante la llamada segunda ola de la epidemia tabáquica, la femenina.
2. Los tratamientos de demostrada eficacia del tabaquismo son: el tratamiento psicológico de corriente cognitivo-conductual, la TSN y el bupropión, como primera elección. Siendo una recomendación reiterada de la OMS que siempre que sea posible se utilicen conjuntamente un tratamiento psicológico y uno farmacológico, en un tratamiento multicomponente combinado.
3. El tratamiento online del tabaquismo es eficaz y el único abordaje del tabaquismo poblacional.
4. Los servicios de e-Salud y e-Psicología en España se encuentran en sus inicios, por lo que las posibilidades de ampliación son muchísimas y es un buen momento para sentar las bases de unas webs de salud muy interactivas pero con una información de calidad incuestionable.
5. La tecnología virtual no sustituye a la actividad real sino que la complementa, incluso puede que ayude a estimular las actividades «reales» existentes.
6. Los servicios de tratamiento online del tabaquismo cada vez incluyen diferentes TIC en unos programas multicanal que amplían más la oferta terapéutica. Generalmente estamos hablando de teléfono (móvil o fijo), SMS, MMS, bluetooth o Internet.
7. Si Internet y las TIC han facilitado la comunicación, la web 2.0 facilita la generación de conocimiento colaborativo, lo que garantizará un aporte de información sobre salud a la población y, especialmente, a los propios profesionales de la salud de máxima calidad.

Está claro que en el futuro ignorar la información de salud en las redes va a ser imposible, controlarlas también, acompañarlas aunque es un reto difícil debe ser una obligación.

Bibliografía

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2003). *Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar.* Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III.

Baena, A., Obando, C., Monterde, R., Costa, T. y López, R. (2007). Teletratamiento del tabaquismo. *Uocpapers, 4.*

Baena, A. y Quesada, M. (2007). El papel integrador y complementario de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en el control y tratamiento del tabaquismo. *Trastornos Adictivos,* 9(1), 46-52

Carreras, J.M., Fletes, I., Quesada, M., Sánchez, B. y Sánchez, L. (2007). Diseño y primera evaluación de tratamiento del tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *Medicina Clínica,* 128(7), 247-250.

Calvo y A. López (Eds). *El tabaquismo.* Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Castells, M. (2003). *La galaxia Internet. Reflexiones sobre Internet, empresa y sociedad.* Barcelona: Random House Mondadori S.A.

Castells, M. (2004). Informacionalismo, redes y sociedad red: una propuesta teórica. En: Manuel Castells (Ed.) *La sociedad red: una visión global.* Madrid: Alianza Editorial.

Cummins, S.F., Bailey, L. y Campbell, S. (2007). Tobacco cessation quitlines in North America: a descriptive study. *Tobacco Control,* 16 (Suppl. I), i9-15.

Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, R.E. *et al.* (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Fundación Telefónica (2007). *La sociedad de la Información en España 2007.* Colección Fundación Telefónica. Madrid: Ariel.

Hampton, K.N. (2006). *La sociabilidad en red dentro y fuera de la web*. En: Manuel Castells (ed.). *La sociedad red: una visión global.* Madrid: Alianza Editorial.

Hsiung, R.C. (2002). *E-therapy. Case studies, guiding principles, and the Clinical potential of the internet.* New York: W.W. Norton & Company.

Katz, J.E., Rice, R.E. y Acord, S.K. (2006). Redes de salud virtual y transformaciones sociales: expectativas de centralización, experiencias de descentralización. En: Manuel Castells (Ed.). *La sociedad red: una visión global.* Madrid: Alianza Editorial.

McAlister, A.L., Rabius, V., Geiger, P., Glynn, T.J., Huang, P. y Todd, R. (2004). Telephone assistance for smoking cessation: one year cost effectiveness estimations. *Tobacco Control,* 13(1), 85-86.

Obando, C. (2007). *Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC): un nuevo escenario para el Desarrollo Local de las Comunidades (Estudio de Caso: Comunidad Ómnia-Barrio el Raval, Barcelona)*. (Disertación doctoral: Universitat Ramon Llull. Barcelona).

Shapiro, A.L. (2001). *El mundo en un clic.* Barcelona: Grijalbo Mondadori.

Stead, L.F., Perera, R. y Lancaster, T. (2006). *Telephone counselling for smoking cessation.* The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3. Oxford: Update Software Ltd.

West, R. (2006). *Theory of Addiction.* London: Blackwell Publishing.

Woolgar, S. (2004). ¿Un Internet reflexivo? La experiencia británica de las nuevas tecnologías electrónicas. En: Manuel Castells (Ed.). *La sociedad red: una visión global.* Madrid: Alianza Editorial.

Zhu, S.H., Anderson, C.M., Johnson, C.E., Tedeschi, G. y Roeseler, A. (2000). *A centralized telephone service for tobacco cessation: the California experience. Tobacco Control, 9* (Suppl. II), ii48-ii55.

EL USO DE LA REALIDAD VIRTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

Cristina Botella Arbona
Soledad Quero Castellano
Berenice Serrano Zárate
Azucena García-Palacios
Rosa Baños Rivera

Resumen

El juego patológico es una adicción comportamental que supone una pérdida de control sobre la conducta de jugar. Este problema suele dar lugar a problemas importantes en distintas áreas vitales. Los programas de tratamiento multicomponente cognitivo-comportamentales han mostrado evidencia empírica que apoya su utilidad en el tratamiento de este problema. Entre los componentes de estos programas se incluye la terapia cognitiva y la exposición con prevención de respuesta a las señales relacionadas con la conducta de juego. La Realidad Virtual (RV) es una nueva tecnología que permite generar mundos virtuales que simulan la realidad. Esta herramienta puede resultar de utilidad para la aplicación de la técnica de exposición en el tratamiento del juego patológico ya que ofrece una serie de ventajas. Por un lado, permite un control absoluto de los acontecimientos que ocurren y las consecuencias de dichos acontecimientos. Asimismo, permite aproximarse a la conducta de juego y practicar en diferentes contextos sin abandonar la consulta, ya que el ordenador nos proporciona diferentes ambientes y situaciones. Además, ofrece al terapeuta y al paciente la posibilidad de practicar las estrategias terapéuticas en cualquier momento una y otra vez. En resumen, la RV ofrece un marco terapéutico seguro y útil que puede favorecer la aplicación del tratamiento cognitivo-comportamental. Nuestro grupo de investigación ha diseñado un programa de RV para el tratamiento del juego patológico. En este trabajo se presenta una breve descripción de dicho programa y los resultados preliminares obtenidos en una serie de 3 pacientes.

Palabras Clave: Juego patológico, realidad virtual (RV), tratamiento psicológico

Agradecimientos: Este estudio ha sido financiado parcialmente por el Ministerio de Educación y Ciencia, Proyectos Consolider-C(SEJ2006-14301/PSIC) y CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición, una iniciativa del ISCIII.

Introducción

En la actualidad, el DSM-IV-TR (APA, 2000) considera el juego patológico como un *trastorno de control de los impulsos no clasificado en otros apartados*, junto con la cleptomanía, la piromanía o el trastorno explosivo intermitente. Las características principales que definen estos trastornos son el fracaso en resistir el impulso, la sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo el acto y la experiencia de placer, gratificación o alivio en el momento de consumarlo. En este sentido, el Juego Patológico se podría definir como un *fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos de jugar y en la aparición de una conducta de juego que altera sustancialmente los objetivos personales, familiares y/o profesionales* (Becoña, 1995: Robert y Botella, 1995). No obstante, hoy por hoy, no existe acuerdo sobre su clasificación. Como acabamos de señalar, las nosologías psiquiátricas vigentes lo conceptualizan como un trastorno del control de los impulsos, sin embargo, la mayor parte de autores lo consideran como una *adicción psicológica* o *comportamental*. En esta línea, la tercera edición revisada del DSM (APA, 1987) introdujo modificaciones a los criterios diagnósticos de este trastorno asimilándolos a los utilizados en el abuso de sustancias psicoactivas (p. ej., preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar, existe la necesidad de aumentar la magnitud o frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada o intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar). Por otra parte, en la última edición del DSM (DSM-IV: APA, 1994) se incluyen nuevos síntomas que también están presentes en las conductas adictivas, como jugar para escapar de problemas o estados de ánimo disfóricos y las mentiras como modo de ocultar el juego; y, por último, se da más relevancia a las consecuencias negativas del juego en los aspectos familiares, sociales y legales. Estos cambios se mantienen en el texto revisado (DSM-IV-TR: APA, 2000).

En cuanto a las tasas de prevalencia de este problema, según diversos estudios (Becoña, 1996; Ladouceur, 1996; Gerstein et al., 1999), oscilan entre el 1 y el 2 por cien, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Se distribuye por todas las clases sociales y por un amplio rango de edad, pero la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años, siendo cada vez más alto el número de adolescentes que buscan ayuda por este problema (Báez y Echeburúa, 1995). En España, los ludópatas presentan una dependencia fundamental a las máquinas tragaperras, en exclusiva o en combinación con otros juegos. Esto es debido a una serie de aspectos psicológicos implicados en el funcionamiento de este tipo de máquina que la hacen muy adictiva (Echeburúa, 1992, 1994).

Por lo que se refiere al tratamiento de la ludopatía, se han utilizado programas multicomponentes (Bujold et al., 1994; Ladouceur et al., 2001) que incluyen como componentes terapéuticos los siguientes: Reestructuración cognitiva, Exposición, Habilidades de solución de problemas, Habilidades de afrontamiento, Habilidades sociales y Prevención de recaídas. No obstante, las técnicas mejor estudiadas y que

ofrecen los mejores resultados en la actualidad para el tratamiento de este problema son la exposición en vivo con prevención de respuesta junto con el control de estímulos.

La Realidad Virtual (RV) es una nueva tecnología que permite generar mundos virtuales que simulan la realidad. Esta nueva tecnología ofrece una serie de ventajas a la hora de aplicar la técnica de exposición en el tratamiento de las conductas adictivas que puede ayudarnos a mejorar el tratamiento de estos problemas. Por una parte, ofrece al paciente poder trabajar en terapia con situaciones de riesgo, pero con la seguridad de no jugar realmente; permite acercarse y practicar en diferentes contextos sin salir de la consulta, se puede realizar una gradación precisa de la jerarquía de exposición; asegura la confidencialidad; finalmente, otra ventaja importante de la simulación de contextos de RV para el tratamiento de las adicciones es que resulta posible la simulación de las consecuencias negativas del uso y abuso de sustancias, y el entrenamiento en habilidades para afrontar estas situaciones de riesgo. Por tanto, permite no sólo intervenir en el tratamiento, sino potenciar la prevención de recaídas.

La RV se ha aplicado en algunos trabajos centrados en el uso y abuso de sustancias como alcohol, nicotina y cocaína; y situaciones como la ludopatía, incorporando estímulos visuales, auditivos y olfativos. Su uso, aunque es de reciente aplicación, ha demostrado eficacia a la hora de elicitar síntomas de deseo/urgencia (*craving*). Así, por lo que se refiere a la adicción a la nicotina, el grupo de investigación de Bordnick (Bordnick et al., 2004; 2005a; 2005b; Carter et al., 2008) ha desarrollado y evaluado un programa para el tratamiento del uso y abuso de esta sustancia, integrado por videos dentro de ambientes virtuales, permitiendo a los participantes experimentar interacciones sociales. Los resultados obtenidos mostraron que tras exponer a los participantes a los estímulos en RV relacionados con el uso de nicotina, éstos presentaron un incremento en el nivel de deseo/urgencia de fumar y en la respuesta fisiológica (conductancia de la piel) en relación al escenario de RV neutro. En la misma línea, Baumann y Sayette (2006), han evaluado el nivel de deseo/urgencia en fumadores utilizando escenarios de RV y con la presencia/ausencia de estímulos específicos relacionados con la conducta de fumar, encontrando un mayor nivel de deseo/urgencia en el ambiente que incluía estímulos, comparado con el ambiente neutro. Por su parte, Saladin et al. (2006) han desarrollado 3 ambientes virtuales con 9 escenas relacionadas con la cocaína con capacidad para elicitar deseo subjetivo y reactividad a los estímulos (p. ej., en la respuesta emocional, en la tasa cardiaca, en la conductancia de la piel). Concretamente, el deseo/urgencia de consumir cocaína y la frecuencia cardiaca generada por los escenarios virtuales fueron significativamente más elevadas, en comparación con un escenario neutro. En relación al uso y abuso del alcohol, Bordnick et al. (2005c; 2008) han expuesto a bebedores a un ambiente de realidad virtual, encontrando un incremento en el nivel de deseo/urgencia de consumir alcohol en el ambiente virtual relacionado con situaciones de beber. Además de los estímulos visuales y auditivos, incluyeron

estímulos olfativos a través de un dispositivo USB que permitía presentar el olor a través de disparadores preprogramados en el ambiente virtual. Por último, en relación a la aplicación de la RV en el tratamiento del problema que nos ocupa, además del programa de RV desarrollado por nuestro grupo (Botella, 2004), sólo hemos encontrado un trabajo en la literatura que utilice RV. Concretamente, Finlay (2008), ha utilizado la exposición a un casino virtual con 160 participantes para evaluar los efectos de la anticipación al juego en la respuesta neuroendocrina con varios niveles de interés en el juego (patológico, alto riesgo y por ocio) http://www.easg.org/novagorica2008/programme.html

En consecuencia, de lo anterior se desprende que existe apoyo empírico acerca de la capacidad de la RV para elicitar craving en personas con conductas adictivas, aspecto que resulta necesario para que la técnica de exposición sea eficaz. Así, el objetivo del presente trabajo es describir brevemente el programa de RV desarrollado por nuestro grupo de investigación para el tratamiento del Juego Patológico y presentar algunos resultados preliminares acerca de su capacidad para elicitar deseo o impulso de jugar en una serie de 3 casos diagnosticados de juego patológico.

Método

Participantes

Los participantes de este estudio fueron tres varones con edades comprendidas entre 35 y 57. Todos ellos cumplían los criterios diagnósticos para Juego patológico, según el DSM-IV-TR (APA, 2000), concretamente tenían problemas de juego con las máquinas tragaperras. Además, presentaban abuso de alcohol asociado a su problema. Como pensamientos irracionales relacionados con la conducta de juego informaron los siguientes: *«Cuando se han hecho varias apuestas y no ha salido el premio eso significa que está a punto de salir», «Si gano es por mi habilidad para jugar»*.

Medidas

El protocolo de evaluación que utilizamos incorpora distintas medidas como el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS, Lesieur y Blume, 1987; validación española de Echeburúa et al., 1994), o el Inventario de pensamientos relacionados con el juego (Echeburúa y Báez, 1994), aunque en este trabajo sólo se presentan las medidas más directamente relacionadas con el juego patológico:

- Impulso de Jugar. Para medir esta variable durante las sesiones de exposición virtual se utilizó una escala tipo Likert de 0 a 10, donde 0= «ningún impulso de jugar» y 10= «máximo impulso de jugar».

- Creencia en pensamientos irracionales. El paciente tenía que evaluar el grado de creencia en los pensamientos irracionales también en una escala tipo Likert de 0 («no lo creo en absoluto») a 10 («lo creo totalmente»).

Tratamiento

El programa de tratamiento aplicado consistió en un programa multi-componente cognitivo-comportamental adaptado de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) y Ladoucer (2001). Dicho programa estaba compuesto por 6 sesiones de terapia individual aplicadas con una periodicidad semanal e incluía los siguientes componentes: 1) Educación sobre el problema; 2) Control de estímulos sobre el dinero, circuitos de «riesgo» y amigos que tuvieran el mismo problema; 3) Exposición utilizando la RV; 4) Reestructuración cognitiva de los pensamientos erróneos con respecto al juego y; 5) Prevención de recaídas siguiendo las directrices clásicas de Marlatt y Gordon (1985).

Ambientes Virtuales

El programa de RV diseñado y desarrollado por nuestro equipo para el tratamiento del Juego Patológico incluye 4 ambientes virtuales. A continuación, se presenta una breve descripción de los mismos.

1. **El área de juego.** En este primer escenario el usuario se encuentra en una calle (calle 12) en la que puede pasear, pero no puede entrar en ningún local. En uno de los extremos de esta calle hay tráfico y, según el usuario se acerque o aleje de la zona de tráfico aumentará o disminuirá el ruido provocado por el mismo. Otra calle, la calle 42, da acceso al bar, al bingo y al casino (Ver Figura 1)

Figura 1: El área de juego



2. **El bar**. Dentro del bar hay una máquina tragaperras con la que el usuario puede interactuar. Al entrar en este escenario, un jugador se encuentra jugando a la máquina y el terapeuta puede lanzar una conversación entre éste y el camarero acerca de que la «maquina está caliente» y que se va a por más dinero para seguir jugando (Ver Figura 2).

FIGURA 2: EL BAR



3. **El bingo.** En este escenario el paciente puede enfrentarse a situaciones relacionadas con jugar al bingo.

FIGURA 3: EL BINGO



4. **El casino.** El paciente puede afrontar situaciones en el casino, como comprar fichas, jugar a la ruleta (Ver Fig. 4)

Figura 4: El Casino (comprar fichas)



Además de los ambientes virtuales, el programa ofrece una serie de herramientas terapéuticas con la finalidad de reestructurar los pensamientos erróneos que los ludópatas suelen tener con respecto al juego. Así, por un lado están los termómetros que consisten en 4 barras que representan dinero, problemas familiares, problemas personales y problemas laborales. Las barras cambian en proporción a la cantidad de dinero gastado en el juego y el color del cielo también cambia en función de los problemas. Por otra parte, se puede mostrar al paciente una secuencia animada sobre quién se beneficia del juego y otra sobre quién pierde en el juego (Ver Figuras 5 y 6).

Figura 5: El Beneficiario del juego



FIGURA 6: QUIÉN PIERDE CON EL JUEGO



Resultados

En las Figuras 7 y 8 se presentan los resultados preliminares obtenidos en 3 jugadores patológicos con respecto al impulso a jugar y a las creencias irracionales relacionadas con el juego antes y después de 6 sesiones de tratamiento. Como se puede observar en las gráficas, se produjo una disminución importante tanto en el impulso de jugar como en el grado de creencia en los pensamientos erróneos después del tratamiento.

FIGURA 7: RESULTADOS OBTENIDOS EN LA VARIABLE IMPULSO A JUGAR ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

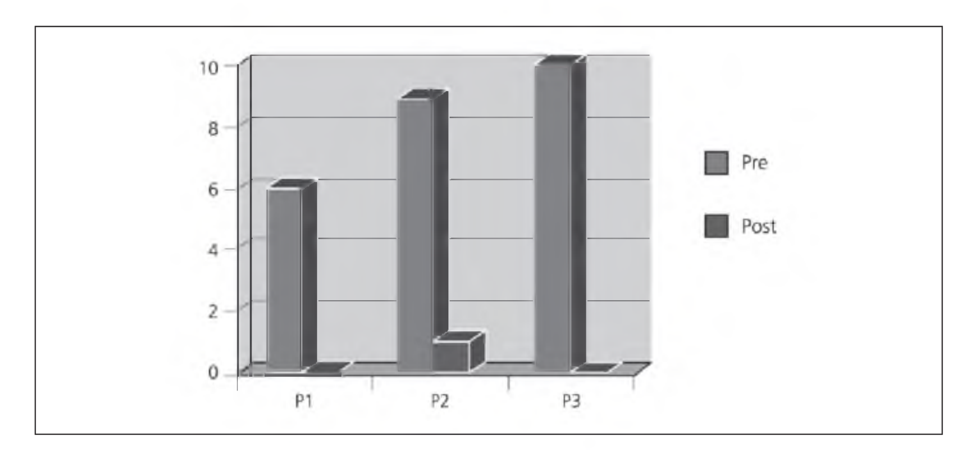
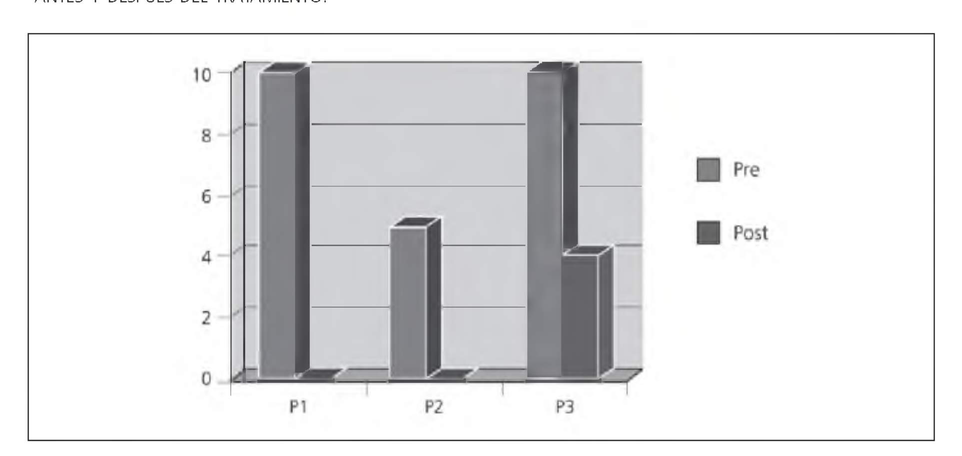


Figura 8: Resultados obtenidos para la creencia en los pensamientos irracionales antes y después del tratamiento.



Discusión

Los resultados prelimares obtenidos en el presente estudio ponen de manifiesto la capacidad de los ambientes virtuales desarrollados por nuestro grupo de investigación para activar el impulso a jugar en los 3 pacientes tratados. Esto resulta importante ya que es esencial que se active dicho impulso o deseo de jugar para que la técnica de exposición sea efectiva. En consecuencia, la exposición virtual parece mostrarse eficaz para superar el impulso a jugar. Además, el programa de RV permite practicar otras estrategias terapéuticas como la reestructuración cognitiva de los pensamientos erróneos relacionados con el juego o las habilidades de afrontamiento. En este sentido se observa una disminución importante en el grado de creencia en los pensamientos irracionales tras 6 sesiones de tratamiento.

En suma, el programa de RV evaluado en este estudio parece ser una herramienta útil desde un punto de vista terapéutico para el tratamiento de una adicción *comportamental* como es el Juego Patológico.

No obstante, no podemos dejar de señalar como principal limitación de este trabajo que se trata de resultados preliminares obtenidos en una serie de casos. Es necesario llevar a cabo estudios controlados con muestras más grandes para llegar a conclusiones más firmes con respecto a la efectividad de la RV en el tratamiento de la ludopatía.

Por último, nos gustaría señalar que pese a las limitaciones, los resultados obtenidos en este trabajo parecen prometedores y abren nuevas alternativas de tratamiento para las adicciones, sobre todo teniendo en cuenta las ventajas que ofrece la RV y que se han comentado en la introducción. Es de especial relevancia el entorno seguro que proporciona esta herramienta, el cual puede permitir al paciente

practicar habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo para la recaída, que es uno de los principales problemas que nos encontramos a la hora de tratar las conductas adictivas.

Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3ª ed.) (DSM-III). Washington, DC: APA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3ª ed. rev) (DSM-III-R). Washington, DC: APA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4ª) (DSM-IV). Washington, DC: APA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4ª ed.) (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.

BÁEZ, C. Y ECHEBURÚA, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. *Análisis y Modificación de Conducta, 21,* 125-145.

BAUMANN, S.B. & SAYETTE, M.A. (2006). Smoking Cues in a Virtual World Provoke Craving in Cigarette Smokers. *Psychology Addictive Behaviour,* 20(4), 484-9.

BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J. & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.

BECOÑA, E. (1995). Juego patológico. En V E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carboles (eds.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid. Siglo XXI.

BECOÑA, E. (1996). Tratamiento del juego patológico. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (eds.). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades.* Madrid: Pirámide.

BORDNICK, P.S., GRAAP, K.M., BROOKS, J., & FERRER, M. (2005c). Virtual reality alcohol cue reactivity assessment system (VR-ACRAS). *Decatur, GA: Virtually Better Inc.*

BORDNICK, P.S., GRAAP, K.M., COPP, H.L., BROOKS, J., & FERRER, M. (2005a). Virtual reality cue reactivity assessment in cigarette smokers. *Cyberpsychology and Behavior,* 8(5), 487-492.

Bordnick, P. S., Graap, K. M., Copp, H. L., Brooks, J. S., Ferrer, M., & Logue, B. (2004). Utilizing virtual reality to standardize nicotine craving research: A pilot study *Addictive Behaviors,* 29, 1889-1894.

Bordnick, P.S., Traylor, A. C., Copp, H. L., Graap, K. M., Carter, B., Ferrer, M. & Walton, A.P. (2008). Assessing reactivity to virtual reality alcohol based cues. *Addictive Behaviors,* 33, 743-756

Bordnick, P.S., Traylor, A. C., Graap, K. M., Copp, H. L., & Brooks, J. (2005b). Virtual reality cue reactivity assessment: A case study in a teen smoker. *Applied Psychophysiology & Biofeedback,* 30(3), 187-193.

Botella, C. (2004). A Virtual environment for the treatment of pathological gambling. *38th Annual AABT Convention.* New Orleans (USA) November 18-21.

Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C., & Boisvert, J.M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 25, 275-282.

Carter, B.L., Bordnick, P., Traylor, A., Dayb, S. & Paris, M. (2008). Location and longing: The nicotine craving experience in virtual reality. *Drug and Alcohol Dependence,* 95, 73-80.

Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4, 7-20.

Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos.* Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento.* Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta,* 20, 769-791.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Manual práctico del juego patológico: Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Madrid: Pirámide.

Feuerlein, W. (1976). Kurzfragebogen für Alcoholgefährdete (KFA). Eine empirische analyse. *Arcive. Psychiatric. Nervenkr,* 222, 139-152.

FINLAY, K. (2008). The effects of casino design, restorative image and type of landing strip on gambling behaviour: An examination using virtual reality technology. *University of Guelph, Canada: Nova Gorica* 2008.

GERSTEIN, D., MURPHY, S., TOCE, M., HOFFMANN, J., PALMER, A., JONSON,. R., LARISON. C., CHUCHRO, L., BUIE, T., ENGELMAN, L., & HILL, M.A. (1999). Gambling Impact and Behavior Study. Report to the National Gambling Impact Study Commission.

KUNTZE, M. F., STOERMER, R., MAGER, R., ROESSLER, A., MUELLER-SPAHN, F., & BULLINGER, A. H. (2001). Immersive virtual environments in cue exposure. *CyberPsychology & Behavior,* 4, 497-501.

LADOUCEUR, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies,* 12, 129-142.

LADOUCEUR, R. (2001). *Panorámica actual en el tratamiento del Juego Patológico.* Comunicación presentada en el Seminario Internacional Complutense Perspectivas Actuales y Retos Futuros en el Tratamiento psicológico. Madrid: España.

LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., BOUTIN, C., LACHANCE, S., DOUCET, C., & LEBLOND, J. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disorders,* 189, 766-773.

LEE, J. H., KU, J., KIM, K., KIM, B., KIM, I. Y., & YANG, B. (2003). Experimental application of virtual reality for nicotine craving through cue exposure. *CyberPsychology & Behavior,* 6, 275-280.

LESIEUR, H.R. Y BLUME, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry,* 144, 1184-1188.

MARLATT, G. A. Y GORDON, J.R. (Ed.). (1985). Relapse Prevention: *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford Press.

ROBERT, C. Y BOTELLA, C. (1995). Trastornos del control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de Psicopatológia.* Madrid: McGraw-Hill vol. 1

SALADIN, M.E., BRADY, K.T., GRAAP, K. & ROTHBAUM, B.O. (2006). A preliminary report on the use of virtual reality technology to elicit craving and cue reactivity in cocaine dependent individuals. *Addictive Behaviors,* 31, 1881-1894.